

***Influences et conséquences de l'origine
culturelle sur la relation soignant-soigné***

Travail de Bachelor

Par

Caroline Brodard

Promotion 2007-2010

Sous la direction de : Catherine Matter

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 5 juillet 2010

Résumé

Cette revue de littérature étoffée porte sur les influences et conséquences de l'origine culturelle dans la relation soignant-soigné. Le but étant de permettre aux professionnels de la santé de se rendre compte de l'influence de l'origine culturelle dans leur pratique.

Une recherche documentaire a tout d'abord été réalisée dans divers ouvrages afin de mettre en forme la problématique de ce travail et de décrire les divers concepts qui s'y rattachent.

Dans l'optique d'acquérir davantage de compétence culturelle, cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les influences et conséquences de l'origine culturelle dans la relation soignant-soigné. Le but de cette revue est également de réaliser un état des lieux concernant l'éventuelle présence de comportements stigmatisant afin de rendre attentif le personnel soignant au sujet de ce qui peut s'exercer dans une relation interculturelle. L'approche d'une revue de littérature étoffée a été choisie afin d'exposer diverses réponses au sujet de cette thématique et du questionnement initial qui est : « *L'origine culturelle a-t-elle une influence sur la relation soignant-soigné ?* ».

Pour la réalisation de ce travail, une dizaine d'articles scientifiques ont été sélectionnés. Leurs résultats ont été analysés et catégorisés sous divers thèmes. Au sein de la discussion, une critique de la méthodologie des recherches est exposée, les résultats sont rediscutés et mis en lien avec le modèle transculturel de Purnell puis évalués par rapport à la question de recherche.

En conclusion, les conséquences pour les soins infirmiers sont explicitées, de même que pour le besoin de nouvelles recherches. Les points forts et points faibles de ce travail sont également présentés.

Pour terminer, l'auteur se permet de partager son point de vue quant à la réalisation de cette revue de littérature étoffée.

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier Madame Catherine Matter pour m'avoir suivi durant cette année. Un grand merci pour son soutien, ses encouragements et ses conseils qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Je tiens pareillement à remercier mon entourage, entre autre ma maman, Liliane Brodard, qui a eu le courage et la gentillesse de relire mon travail ainsi que d'en réaliser les corrections et mon père, Jean-Marc Brodard, pour m'avoir également beaucoup encouragé. J'adresse également ma reconnaissance pour le soutien de mon ami, Gregory Pelle et de mes amies les plus proches, Alice Egger, Gaetana Tortorella, Joëlle Rouiller et Justine Corpataux.

Enfin je remercie tous mes collègues de classes qui m'ont souvent fournis de précieux conseils et également un grand soutien pour l'élaboration de ce Bachelor thesis.

Table des matières

Introduction	6
1 Problématique et intégration des concepts :	7
1.1 Question	17
1.2 Objectifs	17
2 Cadre conceptuel: l'interculturalité	18
2.1 Le modèle transculturel de Purnell	19
3 Méthode.....	23
3.1 Critères de sélection	24
3.2 Critères d'exclusion	24
3.3 Mots mesh utilisés :	25
3.4 Mots-clés utilisés (en français):	25
3.5 Résultats des stratégies de recherches	25
4 Résultats	28
4.1 La communication	28
4.1.1 Stratégies de communication	29
4.2 La culture	33
4.2.1 Les croyances	35
4.2.2 La spiritualité	36
4.2.3 La famille	37
4.3 Les conflits soignant-soigné	39
4.4 Les problèmes d'exclusion.....	41
4.5 Les compétences et connaissances culturelles	44
5 Discussion	48
5.1 Méthodologie des recherches	48
5.2 Discussion des résultats et mise en lien avec le modèle	50

<i>La communication</i>	50
<i>La culture</i>	53
<i>Les conflits soignant-soigné</i>	56
<i>Les problèmes d'exclusion</i>	57
<i>Les connaissances et compétences culturelles</i>	59
5.3 Réponse à la question de recherche	60
6 Conclusion	62
6.1 Conséquences pour les soins infirmiers	62
6.2 Besoins de recherches futures	63
6.3 Points forts et points faibles de ce travail	65
6.4 Le mot de l'auteur	66
7 Bibliographie	67
7.1 Ouvrages	67
7.2 Articles	68
7.3 Polycopiés/ documents de cours	69
7.4 Pages internet	69
8 Annexes	71
8.1 Déclaration d'authenticité	72
8.2 Trames de synthèse d'articles	73
8.3 Grilles d'analyse de recherches	113
8.4 Population résidente selon la nationalité par pays, en 2008	177

Introduction

Pour cette introduction, le pronom « je » sera utilisé par l'auteur afin d'exposer ses perspectives personnelles concernant cet écrit.

Dans un premier temps, je me suis intéressée à la thématique des comportements racistes pouvant apparaître dans une relation soignant-soigné interculturelle. L'idée de ce sujet m'est venue suite à l'observation de comportements qui me faisaient penser à du racisme dans la pratique. Le fait que ces comportements aient lieu dans une relation de soin, cette problématique m'a profondément touché. C'est pour ces raisons que j'ai voulu apprendre d'avantage au sujet de ce type de comportements intervenant dans la relation. Initialement, je voulais permettre au personnel infirmier de déceler un comportement raciste et de comprendre quelles attitudes à adopter lorsqu'il est confronté à ce problème dans une relation soignant-soigné. Je visais également à mettre en évidence l'importance d'acquérir une compétence culturelle afin d'adapter ses soins correctement sans que notre propre personne en influence leur qualité. Suite à la réflexion du cheminement de ce travail de « Bachelor thesis », j'ai trouvé nécessaire de me pencher davantage sur l'influence générale que l'origine culturelle peut avoir dans la relation soignant-soigné. Cette réflexion doit permettre de prendre connaissance des difficultés qui peuvent apparaître dans la rencontre interculturelle. Cette recherche mettra peut-être en évidence qu'il existe effectivement des comportements discriminatoires ou racistes dans les services, toutefois il ne s'agit pas d'une enquête quantitative sur les comportements racistes.

La problématique liée aux différents concepts de ce travail sera explicitée. Le cadre de référence sera également décrit. La question de recherche ainsi que les objectifs de la recherche seront présentés. Un chapitre sera consacré à l'exposition de la méthodologie utilisée. Les résultats des diverses recherches sélectionnées seront catégorisés sous forme de thèmes. Un chapitre sera dédié à la discussion, celle-ci portera sur une synthèse des résultats ainsi qu'une mise en lien avec la question de recherche et le cadre de référence. Pour terminer, la conclusion exposera d'éventuelles perspectives et besoins futurs pour les soins, les points forts et points faibles de ce travail ainsi qu'un mot de l'auteur.

1 Problématique et intégration des concepts :

Dans ce chapitre, la problématique est illustrée et mise en lien avec les concepts principaux se rattachant à la thématique de ce travail.

Selon l'office fédéral de la statistique (OFS, 2010),

Depuis 1981, l'accroissement de la population de nationalité suisse est plus lent et plus constant que celui de la population totale, alors que l'évolution de la population résidente étrangère est plus rapide et irrégulière avec des taux annuels d'accroissement de plus de 3%, notamment entre 1988 et 1993. En 2008, la population résidente permanente étrangère a augmenté de 4,2 %[...].

Ces chiffres démontrent que la population suisse est de plus en plus multiculturelle. Dès lors, il est probable qu'en tant que futurs professionnels nous rencontrerons des personnes de différentes ethnies. Selon le rapport national de la santé 2008 (2010),

Environ un tiers de la population suisse est issue d'un contexte de migration. Il s'agit donc soit de personnes ayant immigré dans notre pays, soit y étant nées mais d'au moins un parent immigré. Bien qu'une bonne partie des migrant-e-s soit bien intégrée et ne se distingue pratiquement pas des citoyen-ne-s suisses du point de vue de la santé, des études ont montré que les migrant-e-s sont soumises à des risques sanitaires spécifiques (Observatoire Suisse de la Santé, p. 11).

Ce rapport explique qu'il y a un risque en défaveur de la population immigrée, notamment à cause d'obstacles liés à la communication. Il met également en évidence des difficultés pouvant apparaître en raison de comportements discriminatoires proférés par les autochtones (Observatoire Suisse de la santé, 2010).

En effet, comme le disent Giger Newman et Davidhizar (1991), « dans une société pluraliste, les infirmières doivent être préparées à travailler avec tous les malades, quels que soient leur milieux culturels, et à procurer des soins culturellement adaptés à chaque malade » (p. 29). Tison (2007), elle, parle de « la réalité multiculturelle » (p. 1). En ce qui concerne les soins, Brignon (2007) parle de la notion de soins culturellement adaptés et renvoie au concept de soins interculturels. De plus ce dernier explique que « l'adjectif "interculturel" désigne ce qui concerne les contacts entre les cultures différentes. Ainsi, on peut parler de soins infirmiers interculturels à partir du moment où le soignant et

le soigné appartiennent à des cultures différentes » (Brignon, 2007, p. 190). Dans l'ouvrage de Brignon (2007), Leininger (s. d.) citée par Rohrbach (1999), les classent en trois niveaux. Elle parle dans un premier temps de « soins interculturels à préserver ou à continuer : c'est une pratique interculturelle au sein de laquelle les croyances, traditions et pratiques du soigné sont compatibles avec ce qu'elle appelle "les soins infirmiers" » (p. 190). Ce qui signifie, toujours selon Leininger, que le soignant devra faire en sorte que les pratiques d'origine du soigné soient maintenues (Brignon, 2007). Concernant le deuxième niveau, Leininger parle de « soins interculturels à accommoder ou à négocier » (p. 191). Cela indique qu'un travail devra être effectué autant par le soignant que par le soigné, afin de parvenir à un consensus. Le but est de « permettre la conservation de la pratique originelle » de la personne soignée selon la possibilité du terrain (Leininger citée par Brignon, 2007, p. 191). Elle rajoute que le soignant devra tout de même fournir davantage d'efforts pour arriver à la compréhension de certaines croyances, traditions et pratiques de la personne soignée (Leininger cité par Brignon, 2007). Le dernier niveau parle d'une restructuration des soins interculturels requérant un changement de quelques pratiques de la personne soignée qui peuvent être nuisibles pour la santé (Leininger cité par Brignon, 2007).

Les soins interculturels étant définis, ceux-ci résultent d'une approche dite interculturelle.

En effet, dans ce même ouvrage (Brignon, 2007), Catherine Lepain (s. d.) citée par Germain (2002) parle de deux paliers concernant l'approche interculturelle. Elle explique que celle-ci

[...] doit être intrapersonnelle, car elle interroge le soignant sur ses valeurs, croyances, certitudes, sa propre culture et identité, ses conceptions de la santé, la maladie et la mort. La réflexion est également interpersonnelle, notamment en reconnaissant l'autre à travers sa culture, ses valeurs, son unité (p. 192).

Cette approche intrapersonnelle amène ainsi à une remise en question de soi-même lors de la rencontre avec l'autre (Brignon, 2007). Leman et Gailly (1991), parlent d'un mécanisme n'ayant pas qu'un seul sens dans lequel la culture de la personne soignée serait suffisante. C'est donc un mécanisme où il y a une

rencontre entre la culture représentée par le soignant et celle du soigné. Selon ces mêmes auteurs, (Leman et Gailly, 1991) « la maladie et la culture s'articulent étroitement » (p. 9). Cette phrase résume ce qui a été décrit jusqu'à présent : la rencontre entre la culture de chacun, entre autres les valeurs et la relation de soins. Cela nous amène à définir trois des concepts qui sont présents dans ce travail et qu'il nous semble important d'exposer : la culture, les valeurs et la relation soignant-soigné. En effet, comme l'exprime Rohrbach (1999), « la culture [...] est aujourd'hui intégrée aux soins culturels. La culture interroge notre façon uni-culturelle de soigner, ainsi que la culture hospitalière et médicale sur lesquelles nos soins sont basés » (p. 83). Dans l'ouvrage de Tison (2007), diverses définitions de la culture sont exposées, trois d'entre elles sont décrites ci-dessous :

Une action de cultiver, par un ensemble de structures sociales et de manifestations artistiques, religieuses, intellectuelles qui définissent le groupe, une société par rapport à une autre ou par un ensemble de convictions partagées, de manières de penser et d'agir qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe (Le Petit Larousse, 1997, cité par Tison, 2007, p. 18).

Tylor (s.d.) cité par Tison (2007), la voit comme « un tout complexe qui inclut connaissances, croyances, arts, morales et toutes autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la "société" » (p. 19). Malinowski (s.d.), « exprime l'idée que toute culture serait un système en équilibre stable » (Tison, *ibid*, p. 19).

Nous exposons donc un paragraphe concernant les valeurs car comme le dit Rokeach (s.d.) cité par Tison (2007), au sein de chaque culture, il y a une connexion réciproque entre les valeurs et celles-ci forment une certaine hiérarchie. Ce qui signifie qu'il y aura des valeurs plus considérables que d'autres. Ce même auteur (1973) cité par Massé (2003), les définit comme étant « les croyances de type prescriptif ou proscriptif servant à déterminer l'acceptabilité ou le caractère désirable des fins et des moyens d'interventions sociales » (p. 47). Dans l'ouvrage de Salvador et Shimon-Dolan (1999), les valeurs sont « des leçons stratégiques, acquises et maintenues relativement stables dans le temps parce qu'une manière d'agir est meilleure que la manière opposée afin d'arriver à ses fins. Ces fins sont en réalité ce qui nous réussit »

(p. 73). Selon Giger Newman et Davidhizar (1991), « les valeurs culturelles n'existent qu'au niveau inconscient [...]. L'infirmière doit en tenir compte car ces valeurs ont une influence permanente et profonde» (p. 190).

Les soignants, en raison de leur statut en milieu hospitalier, entrent en relation avec les patients de manière privée et parfois sur une longue durée. Cela « complexifie donc les enjeux relationnels » (Manoukian et Massebeuf, 1995, p. 7).

La relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. La relation entraîne donc des échanges d'informations par l'intermédiaire de différents supports comme par exemple des mots, gestes, mimiques, positions, attitudes, accessoires,... Chacun de tous ces éléments apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. Le contexte d'une relation permet à chacun des individus de déduire un sens à celle-ci (Manoukian et Massebeuf, *ibid.*, p. 7).

Le type de relation dépendra de différents facteurs. Comme l'expliquent Manoukian et Massebeuf (1995), « tout dépend du type de relation que le soignant établit avec le soigné comme par exemple dominant/dominé, égal à égal,... » (p. 8). Les gestes et les attitudes du soigné seront également des facteurs car ils favoriseront ou empêcheront la relation (Manoukian et Massebeuf, 1995). Cet ouvrage met en évidence que le corps occupe une grande place dans la relation: «On parle avec tout son corps [...]» (p. 9).

La relation naît grâce à une rencontre entre deux êtres humains, cela étant un constat ne devant pas être minimisé. Deux personnes, cela veut dire notamment deux caractères, deux psychologies ainsi que deux histoires, mais aussi le contexte dans lequel la relation sera construite (Massebeuf et Manoukian, *ibid.*). Il y a ainsi différentes variables pouvant influencer voir interférer dans une relation. Comme par exemple, les valeurs, les représentations, les préjugés, l'appartenance à une culture, nos perceptions individuelles quant au physique,...(Massebeuf et Manoukian, *ibid.*).

Suite à ces quelques définitions, nous en venons donc à l'hypothèse que l'origine culturelle influencerait la relation de soin. Comme le dit Giger Newman et Davidhizar (1991), lorsque des soins sont prodigués par le soignant à un patient venant d'un autre environnement socioculturel que le sien, le soignant

doit avoir des connaissances concernant les origines socioculturelles de la personne soignée et doit les prendre en compte. De même concernant « sa structure familiale et de son organisation, de ses valeurs religieuses et de ses croyances, ainsi que de la manière dont l'ethnicité et la culture influencent les rôles et leurs attributions au sein des groupes» (Giger Newman & Davidhizar, 1991, p. 137). L'énoncé de Tison (2007), qui expose des difficultés liées notamment à la communication interculturelle, nous a interpellé, il explique que

La culture ne s'exprime pas seulement dans les différences de croyances, de valeurs, de normes et de modes de vie du groupe, mais aussi au niveau de l'individu dans ses manières de penser, de sentir, d'établir la communication. Elle fonde l'identité socioculturelle de la personne et, en même temps, elle subjectivise et globalise la perception des sujets relevant d'identités différentes. Par voie de conséquence, les difficultés d'une communication interculturelle se nourrissent de stéréotypes, de préjugés et de fantasmes, véhiculés de peuple à peuple, en fonction de l'histoire de leurs rapports. Les stéréotypes, les préjugés et les fantasmes sont amplifiés par le contexte d'exercice des métiers des professionnels confrontés la diversité culturelle (p. 1).

Ce paragraphe nous expose ainsi que la rencontre de deux cultures au sein d'une relation de soin peut induire certaines difficultés quant à la compréhension de celles-ci. Ainsi comme il est dit précédemment, des stéréotypes et des préjugés peuvent être augmentés par cette rencontre interculturelle.

Le suivi de notre cheminement porte sur les soins et la présence éventuelle de discrimination ou de racisme. Dans la littérature, on exprime l'importance grandissante des soins qui sont réalisés envers des patients d'une autre culture de la nôtre et du souci de veiller aux particularités de chaque origine culturelle (Commission fédérale contre le racisme, 2004). La sensibilisation est donc essentielle à mettre en place pour lutter contre les préjugés et les stéréotypes (Commission fédérale contre le racisme, *ibid.*). Les comportements discriminatoires peuvent être présents dans divers cadres de la société, notamment dans celui des soins (Wieviorka, 1998). Leur présence risque d'engendrer des incidences au niveau moral et psychologique pour la victime (Wieviorka, 1998). Cela peut donc mettre en péril la santé de chacun, d'où l'importance d'être conscient de la rencontre interculturelle qui a lieu au sein d'une relation de soin. Cette rencontre peut être perturbée en raison de

comportements racistes. Ces derniers auront lieu principalement en raison de nos modèles personnels ainsi que de nos jugements culturels (Commission fédérale contre le racisme, 1996). Il est fréquent que nous soyons confrontés à ces phénomènes dans notre pratique infirmière. La santé n'est donc pas un domaine protégé contre le risque d'apparition de comportements racistes (Commission fédérale contre le racisme, 2004). Au sein d'une relation chacun a le droit d'être traité avec respect et cela peu importe notre apparence, notre origine ou notre religion. Comme le dit la commission fédérale contre le racisme (2004), le droit d'être différent ne signifie pas bénéficier de droits différents.

Pour une meilleure compréhension, il paraît important d'éclaircir la signification des termes et concepts que sont le racisme et la discrimination.

Concernant le racisme, il s'agit d'un phénomène qui existe depuis de nombreuses années. Selon Wieviorka (1998), l'apparition du racisme date de l'entre-deux-guerres puis il a pris ensuite place dans les sociétés européennes, puis la totalité du monde durant les années qui ont suivies la guerre. Mais il précise que si le mot a une origine récente, ses concepts ainsi que ses pratiques sont anciennes. « Le racisme répond sous une forme nouvelle à une fonction ancienne » (Louis Dumont, 1996, cité par Wieviorka, 1998, p. 16).

De nombreux ouvrages définissent le racisme. Deux définitions semblent plus pertinentes et aidantes pour la compréhension:

La commission fédérale contre le racisme (1996) définit le racisme comme

une distinction de propriétés pour ainsi dire fixées au plan biologique permettant une hiérarchisation de l'humanité en peuples meilleurs ou moins bons, et au sein de la société, en catégories correspondantes, le but final consistant à dévaloriser autrui pour se valoriser soi-même. Il peut s'agir du désir d'entretenir un besoin de supériorité manifestement ressenti comme nécessaire, mais aussi de l'assurance d'avantages concrets (p. 8).

Eckmann et Esser Davolio (2002) le définisse comme étant

[...] l'expression d'une relation de domination qui se manifeste à tous les niveaux de la vie sociale, dans l'ensemble des rapports sociaux qui traverse toutes les structures de la société. Il se fonde sur une idéologie justifiant une hiérarchie entre des groupes humains (p. 7).

Suite à l'explication de l'origine du racisme ainsi que de sa définition, il s'agit à priori d'un phénomène prenant beaucoup de place au sein d'une société. Wieviorka (1998), parle de l'espace du racisme dans un chapitre et explique que le racisme est le résultat de modifications ou de situations où il conduit ou crée des relations sociales. Il est un élément faisant partie des conduites qui apparaissent dans les relations humaines. Ces conduites prennent la forme de préjugé, de discrimination ou de ségrégation (Wieviorka, 1998).

Comme dit précédemment, ce type de comportements va donc également toucher le monde de la santé. La santé n'est pas un domaine qui est protégé contre la présence de comportements stigmatisant exprimés en raison de la couleur de la peau, de la religion ou de la culture (Commission fédérale contre le racisme, 2004). Un rapport de force peut émerger entre soignants-soignés mais ce phénomène ne va pas uniquement dans un sens (Commission fédérale contre le racisme, *ibid.*).

Les répercussions du racisme sur les victimes peuvent parfois être très importantes au niveau moral et psychologique. Pour Wieviorka (1998), le racisme est une forme de violence et « elle touche à l'intégrité morale de la personne » (p. 66). « [...] des propos ou des actes dévalorisants, même d'apparence anodine, sont susceptibles de blesser profondément la dignité des personnes visées » (Commission fédérale contre le racisme, 2004, p. 5).

Comme il a été mentionné antérieurement, le racisme risque d'avoir une incidence sur la santé de la personne, notamment sur sa santé mentale. Selon l'organisation mondiale de la santé (2010), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2003). Il s'agit donc d'un facteur important de la qualité de vie de la personne humaine. Chacun a le droit de disposer de soins justes et sans jugements de même que chaque soignant a le droit de délivrer des soins dans un climat posé: en Suisse, chacun a le droit de bénéficier de soins de qualité et cela peu importe son origine, sa race, son sexe, sa langue, sa religion ou son niveau social (Commission fédérale contre le racisme, *ibid.*).

Il existe une corrélation fine entre les termes que sont le racisme et la discrimination. Car selon Wieviorka (1998), « [...] le racisme doit être compris comme une composante de conduites entre groupes humains qui prennent la forme du préjugé, de la discrimination et de la ségrégation » (p. 38). Cela explique donc que la discrimination est une forme concrète sous laquelle le racisme s'exprime. Par contre, un autre auteur, Tison (2007), explique que « les stéréotypes, les préjugés, la discrimination ou le racisme contribuent tous un ensemble de concepts qui renvoie aux attitudes positives ou négatives que certains individus ont face aux "étrangers" » (p. 25).

Nous allons donc nous focaliser sur la discrimination et définir d'avantage ce terme en exposant également un paragraphe au sujet du domaine juridique.

Wieviorka (1998) explique que « la discrimination raciale est susceptible de s'exercer dans tous les domaines de la vie sociale, dans l'accès à l'éducation, à la santé[...] » (p. 64). Elle exerce une logique de hiérarchisation, « elle consiste à arguer de la race pour lui accorder un traitement différencié » (Wieviorka, 1998, p. 64). La discrimination est ainsi à la fois un mécanisme et son aboutissement (Wieviorka, *ibid.*). Selon Allport (1995) cité par Tison (2007), elle est définie comme étant « l'expression comportementale d'un préjugé, prenant en compte uniquement les préjugés négatifs par rapport aux étrangers, [...] » (p. 27). Nous nous permettons de définir ce qu'est un préjugé afin d'avoir une meilleure compréhension de la définition précédente. Un préjugé, selon Tison (2007), est « une attitude spécifique envers une personne ou une chose, négative ou positive, fondée sur une croyance imposée par le milieu et pouvant résister à l'information » (p. 26). Il est primordial de ne pas omettre l'existence des stéréotypes qui s'imbriquent automatiquement avec les préjugés. Les stéréotypes étant les représentations que nous pouvons avoir. Ainsi, « le préjugé est une opérationnalisation du stéréotype » (Tison, *ibid.*, p. 27).

D'un point de vue juridique, selon la Confédération Suisse (2009), les juristes utilisent le terme de « discrimination raciale » comme élément faisant partie de l'infraction. Concernant la loi, « elle protège du racisme les individus appartenant à certains groupes » (p. 7). Diverses théories se contestent par rapport à la définition des différenciations de groupes auxquels s'applique la

notion de discrimination raciale : caractéristiques physiques faisant référence à la race uniquement, l'appartenance à une ethnie ce qui renvoie à l'idée d'une origine biologique, la culture et une histoire commune, la nationalité ou notion d'origine et pour terminer la religion c'est-à-dire l'appartenance à une certaine communauté religieuse (Confédération Suisse, 2009).

La définition de la discrimination raciale mentionnée à l'article 1 de la Convention internationale de l'ONU renvoie à la race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique. Concernant la religion, elle est mentionnée dans l'article 261 bis du Code pénal Suisse.

Comme récapitulation, faisons référence à ce que la Confédération Suisse (2009) explique,

« le code pénal suisse protège les individus s'ils sont discriminés du fait de leur "race", de leur appartenance ethnique, de leur nationalité et de leur religion, mais pas les étrangers en tant que catégorie en soi» (p. 8).

Il y a d'autres références qui montrent l'appartenance à un groupe, comme, le sexe, l'orientation sexuelle, le mode de vie ou le handicap. Ceux-ci sont considérés comme importants dans les interdictions générales de discrimination mais pas au regard de la notion de discrimination raciale (Confédération Suisse, *ibid.*). Plus concrètement, les actes que l'on peut considérer comme discriminatoires du point de vue juridique, sont « des inégalités de traitement injustifiées visant certains groupes, des manifestations verbales ou non verbales visant certains groupes et pour terminer des actes de violence à caractère raciste» (Confédération Suisse, *ibid.*, p. 8).

Lorsqu'une personne est victime de discrimination raciale, le processus juridique, si celui ci est choisi comme défense, peut être long et parfois inutile. En effet, comme l'explique la Confédération Suisse (2009), si la personne estime être dans son droit, « cela n'implique pas automatiquement qu'un recours, une plainte ou une opposition aboutira au résultat escompté. Dans le pire des cas, le problème risque de s'amplifier» (p. 12). Mais elle mentionne également qu'il est important de ne pas considérer la voie juridique comme une aide inutile (Confédération Suisse, *ibid.*).

Suite à ces diverses définitions et explications, revenons sur le lien qui existe entre la discrimination et la santé. Comme déjà relevé, la discrimination peut s'exercer dans différents domaines tels que l'éducation, la santé, l'emploi et le logement par exemple. La Commission Fédérale contre le racisme (2004) appuie cela en disant que « le monde de la santé n'est par essence immunisé contre les comportements stigmatisant suscités par des considérations de couleur, de religion ou d'ethnies (p. 5). Cette dernière explique également que

« La discrimination se manifeste dans les structures sociales et dans la démarche de l'Etat. Mais elle est aussi pratiquée par des groupes et des individus au détriment d'autres groupes et individus auxquels les premiers attribuent des propriétés fixes en vertu de représentations stéréotypées» (Commission Fédérale contre le racisme, 2004, p. 8).

Fellay et Arlettaz (1991), exposent en quelque sorte une première image de ce que nous voulons notamment transmettre par cet écrit :

il est incompréhensible de voir combien les richesses propres à chaque culture ont été utilisées comme facteurs de divisions plutôt que comme sources de solidarité et de complémentarité. Les différences religieuses et idéologiques sont dans l'histoire de l'homme causes de haine et de conflits (p. 23).

Car comme le dit une citation de Devereux (s.d.) cité par Leman et Gailly (1991), « l'être sain est celui qui est capable de s'adapter à toute les cultures et non pas celui qui est bien adapté dans une seule » (p. 143).

Divers liens ont été faits entre la culture, les soins entre autre la relation soignant-soigné, le racisme et pour terminer la discrimination. Portant donc sur le constat que la différence d'origine culturelle peut engendrer certaines difficultés dans la relation et induire une manifestation de comportements stigmatisant au sein d'une relation soignant-soigné, il paraît important de mettre en évidence ces problématiques. C'est pour ces raisons que la recherche d'écrits scientifiques au sujet de ces difficultés est intéressante et importante pour rendre attentif le personnel soignant sur l'influence de l'origine culturelle dans la relation et l'importance de mettre en place des soins adaptés et individualisés. Cela notamment du fait qu'il est probable de mettre en péril la qualité des soins donc la santé des individus.

1.1 Question

En se basant sur les théories et explications que la littérature expose au sujet de l'influence de l'origine culturelle au sein de la relation la question de recherche se présente ainsi :

« L'origine culturelle a-t-elle une influence sur la relation soignant-soigné ? »

1.2 Objectifs

Cette revue étoffée de littérature a comme objectifs d'exposer les influences et les conséquences de l'origine culturelle dans la relation soignant-soigné et également de faire un état des lieux concernant l'éventuelle présence de comportements discriminatoires.

Cela aura également pour but de rendre attentif les professionnels de la santé sur l'influence de la culture sur leurs soins. Des pistes d'actions seront ensuite fournies pour le personnel soignant en fonction des besoins que requiert une relation interculturelle.

2 Cadre conceptuel: l'interculturalité

Lors de la lecture de différents ouvrages portant sur les soins et les cultures, les termes d'interculturel, d'approche interculturelle, intra culturel,...étaient omniprésents. Cela nous amène au concept global qu'est l'interculturalité. Ce concept se rattache à ce thème notamment par le fait que comme dit précédemment la culture est finement liée aux soins ainsi qu'à une éventuelle présence de discriminations et que celles-ci interviennent dans les relations soignant-soigné interculturelles. La culture étant définie comme «l'ensemble des significations et des représentations qu'un groupe d'individus élabore, conserve et s'efforce de transmettre. C'est par celles-ci qu'il va se reconnaître, se particulariser et se distinguer par rapport à son entourage» (Hofstede, 1994, cité par Tison, 2007, p. 20). Des difficultés relationnelles et de la discrimination peuvent donc apparaître face à une incompréhension de culture par exemple. Comme le site la commission fédérale contre le racisme, des réactions racistes peuvent apparaître à cause de nos modèles personnels ainsi que de nos jugements culturels (Commission fédérale contre le racisme, 1996, p. 8). Concernant les difficultés relationnelles, Tison (2007), donne l'exemple des « conflits d'intérêts. Il s'agit de divergences pouvant exister entre les intentions des différents protagonistes, entre leurs attentes et leurs attitudes personnelles à l'égard de l'autre personne ou de l'autre groupe » (p. 36). Lors d'une rencontre interculturelle, il y a donc un besoin de s'adapter à la culture que nous rencontrons (Tison, 2007). Après ce bref retour sur la problématique, il est important que nous définissions ce que signifie l'interculturalité. Selon Canet (1993) cité par Tison (2007), «l'interculturalité est l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels,... générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation» (p. 33).

Dans le cadre des soins, chaque personne, soignant ou soigné, va à la rencontre de l'autre. Cette relation nous reflète notre comportement face à l'altérité. Ce comportement va dépendre de différents facteurs. Comme l'explique Tison (2007), le degré d'influence de la culture de l'autre dépendra du milieu, du cadre où chacun évolue. L'investissement que chacun décidera

d'avoir dans la rencontre avec autrui fera également partie des facteurs influençant. Il s'agit donc là d'un lien avec notre pratique infirmière, la rencontre de l'autre. C'est donc pour cela que le choix du concept s'est porté sur celui de l'interculturalité qui fait parti intégrante de cette rencontre entre soignant-soigné de culture diverse et qui peut parfois menée à des difficultés. «Toute communication serait ainsi toujours un tant soit peu interculturelle» (Tison, *ibid.*, p. 36). Mais il est important de préserver le fait qu'il s'agit avant tout d'une relation entre être humains et pas uniquement un échange de culture. Une citation de Bastide (1965) cité par Tison (2007) met en évidence cette idée: «Ce ne sont pas les cultures qui se rencontrent mais les hommes» (p. 35).

2.1 Le modèle transculturel de Purnell

Le modèle transculturel de Purnell est un concept intéressant à utiliser pour faire le lien avec les résultats au sein de la discussion de ce travail.

Dans un premier temps il est important de définir la vision de Purnell quant à la culture. Selon lui (1998), cité par Coutu-Wakulczyk (2003),

La culture se rapporte à la totalité des patterns de comportements socialement transmis à l'égard des arts, des croyances, des valeurs, des coutumes et habitudes de vie, de tous les produits du travail humain et des caractéristiques de la pensée des personnes composant la population. La culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision (p. 34).

Il explique également que la transmission de ces modèles se fait au sein du cadre familial et qu'ils sont partagés par la plupart des personnes faisant partie d'une même culture (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003). « [...] La culture confère une influence directe ou indirecte puissante sur les perceptions de santé et de maladie» (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

Dans ce modèle, la compétence culturelle à plusieurs significations :

1. « devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence induite de sources extérieures ».
2. « Démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ».
3. « Accepter et respecter les différences culturelles ».

4. « Adapter les soins de façon congruente avec la culture du client. La compréhension culturelle est un processus conscient et non nécessairement linéaire».

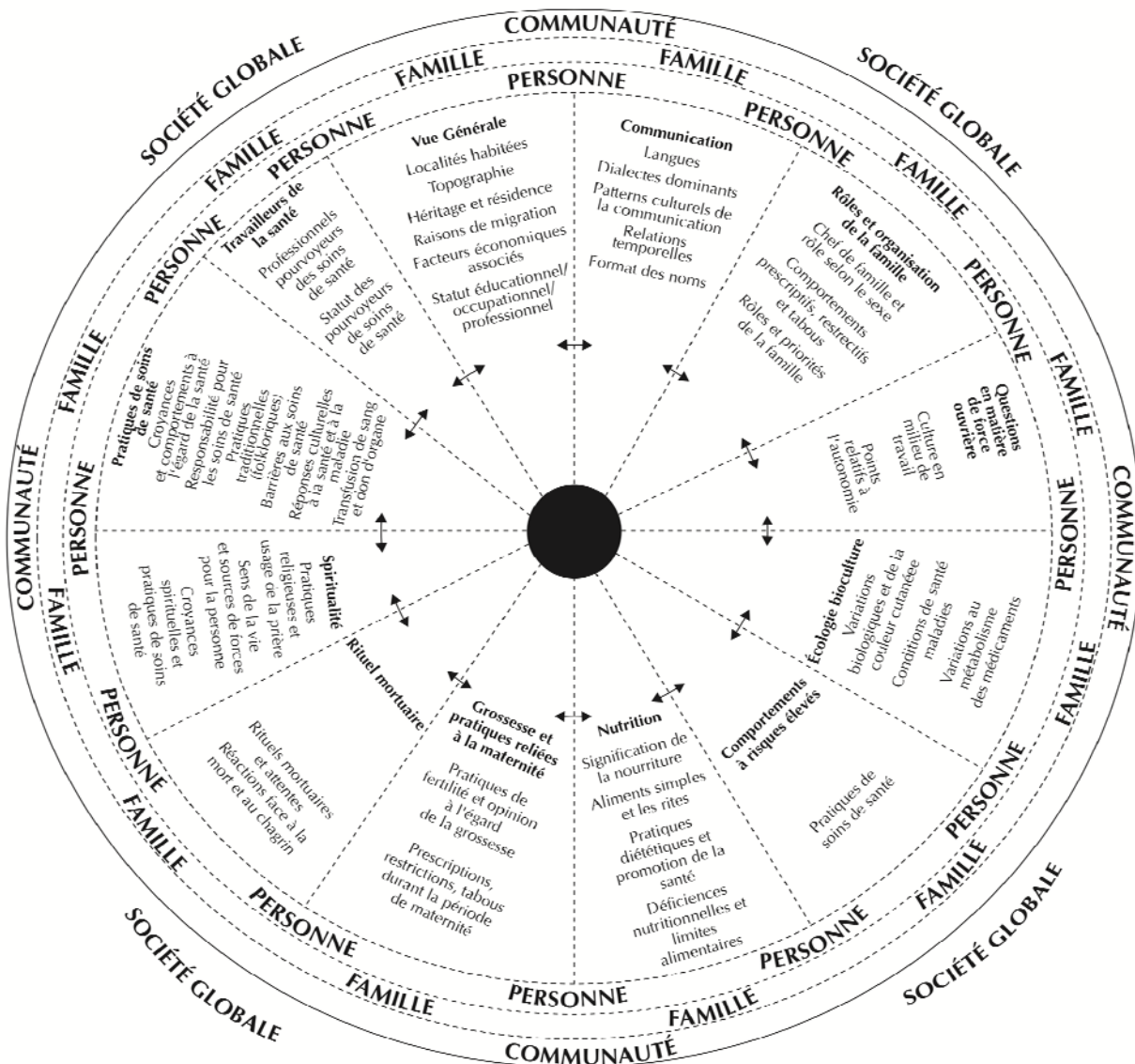
(Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).

Ensuite il décrit 4 étapes indiquant l'évolution vers une compétence culturelle.

1. «[...] L'incompétence inconsciente » (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Autrement dit, aucune conscience de la lacune par rapport aux connaissances de la culture d'autrui (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003).
2. « L'incompétence consciente signifie une sensibilisation suffisante pour identifier le manque de connaissances [...] » (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).
3. « L'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques » (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34).
4. « La compétence inconsciente » (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Il s'agit là de soins culturels compétents et congruents qui sont offerts instinctivement envers les soignés ayant une autre culture. L'atteinte de cette étape est difficile. La plupart des soignants n'évoluent que dans les trois premières étapes (Purnell, 1998, cité par Coutu-Wakulczyk, 2003).

Dans cet article, Coutu-Wakulczyk (2003), explique que le modèle de Purnell est un concept simple, tant dans sa compréhension que dans son utilisation. « Ce modèle [...] fournit un cadre de référence intégratif, systématique et concis pour l'apprentissage des particularités culturelles, pour les travailleurs et les administrateurs des disciplines de la santé » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37).

Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Figure 1 : Schéma du modèle transculturel de Purnell, compétence culturelle

Figure 1

Comme nous pouvons le voir précédemment sur la figure 1, il s'agit d'un modèle en forme de cercles. Tison (2007), explique le modèle. Il y a tout d'abord un cercle externe qui illustre « la société dans sa globalité » (p. 157). Puis un deuxième cercle, en allant vers l'intérieur, qui illustre « "la communauté" définit en tant que groupe de personnes réunies par un intérêt ou une identité commune et demeurant dans une localité spécifique » (Tison, 2007, p. 157). Le troisième cercle qui suit illustre la famille (Tison, 2007). Puis pour finir le dernier cercle, le quatrième, « représente la personne qui est définie en tant qu'être humain bio-psycho-socioculturel inscrit dans une dynamique d'adaptation constante » (Tison, 2007, p. 157). Au sein du quatrième cercle, il y a 12 fractions, « chacune se rapportant à un domaine culturel particulier et aux concepts reliés » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37). Le point central de couleur noir illustre les faits inconnus (Coutu-Wakulczyk, 2003). Les traitillés représentent « l'évolution du concept non-linéaire de la connaissance culturelle consciente » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 37).

Au niveau microscopique, il y a donc 12 fractions dont « [...] les concepts sont communs à toutes les cultures » (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38). Ces derniers seront d'avantages approfondis lors de la discussion des résultats.

1. Sommaire, localité habitée et topographie
2. Communication
3. Rôles et organisation de la famille
4. Les questions relatives à la main d'œuvre
5. Ecologie bio-culturelle
6. Comportements à risques élevés pour la santé
7. Nutrition
8. Pratiques durant la grossesse et la gestation
9. Rituels mortuaires
10. Spiritualité
11. Pratiques de soins
12. Pratiques des intervenants de la santé

Ces 12 fractions sont relevés de l'article de Coutu-Wakulczyk (2003, p. 38).

3 Méthode

Le choix du devis de ce travail s'est porté sur une revue étoffée de la littérature. Cette forme a été choisie afin d'acquérir de nouvelles connaissances mais également afin de réaliser un compte rendu des savoirs actuels sur le sujet des influences et des conséquences de l'origine culturelle sur la relation soignant-soigné. Cette revue étoffée de la littérature permettra également de mettre en évidence la nécessité de nouvelles études, d'évaluer les méthodes actuelles et de proposer d'éventuelles pistes de changement pour la pratique. Cette étape pourra être réalisée grâce aux recherches faites à travers l'utilisation de base de données comme par exemple celle de Pubmed. Suite aux recherches effectuées, une analyse ainsi qu'une synthèse des articles seront réalisées. Suite à ce travail, il sera possible de mettre en évidence d'éventuels besoins, problèmes ou questionnements qui pourront amener à une recherche sur le terrain (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Tatano Beck, 2007).

Afin de répondre à la question de ce travail (« *L'origine culturelle du patient a-t-elle une influence sur la relation soignant-soigné ?* »), une recherche de littérature a été menée sur les banques de données suivantes :

- ▶ PubMed/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
- ▶ Cairn (<http://www.cairn.info/>)
- ▶ A.R.S.I¹ (<http://www.arsi.asso.fr/>)
- ▶ BDSP² (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>)

La majorité des articles sélectionnés et ceux étant les plus pertinents pour ce travail ont été trouvés sur la banque de données PubMed/Medline. Une recherche est issue de la banque de données Cairn. Les recherches menées sur les banques de l'A.R.S.I et BDSP n'ont pas conduit à des articles intéressants et de qualité pour ce sujet. Cette recherche s'est réalisée entre

¹ Association de recherche en soins infirmiers

² Banque de Données Santé Publique

avril 2009 et mai 2010. Pour la réalisation de cette recherche d'articles, des termes MeSH³ et des mots clés ont été utilisés.

La difficulté principale a été de trouver des articles portant sur les difficultés rencontrées dans une relation soignant-soigné parlant également de la présence de comportements discriminatoires. Une autre difficulté a été celle de la traduction des recherches. Neuf d'entre elles étaient de langue anglaise.

Les articles recherchés ont été sélectionnés au moyen des critères suivant :

3.1 Critères de sélection

Afin d'être le plus pertinent possible, des critères de sélection ont été définis :

- ⇒ Langue : français, allemand, anglais
- ⇒ Articles scientifique publiés ces 10 dernières années (2000-2010)
- ⇒ Contexte : milieu hospitalier
- ⇒ Implication d'une relation dans les soins
- ⇒ Situations intégrant principalement le sujet de la culture et dans un deuxième temps la discrimination
- ⇒ Expériences de professionnels de la santé et/ou de patients

3.2 Critères d'exclusion

Pour poursuivre la pertinence dans le choix des articles, les critères d'exclusion suivants ont été définis:

- ⇒ Articles scientifiques publiés il y a plus de 10 ans
- ⇒ Articles n'ayant aucune relation avec le milieu des soins
- ⇒ Contexte autre que celui de l'hospitalier

³ Medical Subject Headings : système de métadonnées médicales de langue anglaise pour la réalisation de recherches biomédicales, notamment sur PubMed.

3.3 Mots mesh utilisés :

- ▶ Nurse-Patient Relations
- ▶ Cultural Diversity
- ▶ Prejudice
- ▶ Incidence

3.4 Mots-clés utilisés (en français):

- ▶ Soins
- ▶ Culture
- ▶ Influence

3.5 Résultats des stratégies de recherches

Différentes stratégies de recherches ont été utilisées sur la banque de données PubMed. Concernant la banque de données Cairn, une seule stratégie a été avantageuse pour trouver une recherche intéressante.

Stratégie 1

❑ "Cultural Diversity" [MeSH Terms] AND "Nurse-Patient Relations" [MeSH Terms]

Résultats : 280 articles trouvés dont les 6 suivants qui ont été retenus :

- ▶ Blackford, J. (2003). Cultural frameworks of nursing practice : exposing an exclusionary healthcare culture. *Nursing Inquiry*, 10, 236-244.
- ▶ Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting : nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.
- ▶ Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 319-325.
- ▶ Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 51-58.

► Jones, S. M. (2008). Emergency nurses' caring experiences with Mexican American patients. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 199-204.

► Mohammadi, N., Evans, D. & Jones, T. (2007). Muslims in Australian hospitals : the clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 310-315.

Stratégie 2

□ "Incidence" [MeSH Terms] OR "Cultural Diversity" [MeSH Terms] AND "Nurse-Patient Relations" [MeSH Terms]

Résultats : 308 articles trouvés dont les 2 suivants qui ont été retenus :

► Richardson, A., Thomas, V. N. & Richardson, A. (2006). « Reduced to nods and smiles » : experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 93-101.

► Pasco, A. C, Morse, J. M. & Olson, J. K. (2004). The cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 239-246.

Stratégie 3

□ "Prejudice" [MeSH Terms] AND "Nurse-Patient Relations" [MeSH Terms]

Résultats : 356 articles trouvés dont l'article suivant qui a été retenu :

► Vydelingum, V. (2006). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*, 13, 23-32.

Stratégie 4

□ "Influence" "culture" "soins"

Résultats : 6739 documents trouvés dont l'article suivant qui a été retenu :

Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé publique*, 19, 99-109.

Une revue systématique de littérature a été sélectionnée pour la rédaction de ce travail. Il s'agit de la revue « Muslims in Australian hospitals : the clash of cultures » de Mohammadi et al. (2007) qui expose la multiculturalité de la société australienne en se focalisant plus spécialement sur la culture islamique. Elle passe en revue certains principes de cette culture et met en évidence les incidences qui peuvent émerger dans les soins prodigués envers cette population spécifique. Cette revue a donc été incluse dans ce travail en raison de la pertinence de ses écrits.

4 Résultats

Suite à l'analyse des recherches⁴, les principaux résultats de ces études peuvent être assemblés en 5 thèmes principaux :

- ▶ La communication comprenant un sous-titre au sujet des stratégies utilisées : le langage corporel et l'écriture, la famille, les interprètes et les professionnels bilingues.
- ▶ La culture qui comprend également : les croyances, la spiritualité et la conception de la famille
- ▶ Les conflits soignant-soigné
- ▶ Les problèmes d'exclusion
- ▶ Les compétences et connaissances culturelles

Chaque thème va être d'avantage approfondi dans les chapitres suivants.

4.1 *La communication*

La communication au sein d'une relation soignant-soigné interculturelle est souvent problématique. En effet, l'utilisation du terme "barrière linguistique" met en évidence une certaine difficulté qui est considéré par certains soignants comme étant un des obstacles principal dans une relation de soins. Cet obstacle est principalement présent durant les nuits et les week-ends (Jones, 2008). Aussi, cela induit pour le personnel soignant, d'importantes inquiétudes quant à la compréhension que les patients peuvent avoir de leurs soins, de leur diagnostique, de leurs traitements, ... (Richardson et al., 2006; Jones, 2008). Certaines personnes soignées ne comprennent parfois pas qu'elles soient en fin de vie ou à l'inverse pensent être mourantes alors que leur réel état est tout à fait positif et cela a été notamment induit par des représentations culturelles liées à certains termes, comme par exemple le mot « cancer ». Le manque de communication aboutit au risque de compliquer la formation d'une relation comme l'expose un extrait de la recherche de Richardson et al. (2006):

⁴ Trame de synthèse d'articles et grilles d'analyse de recherches en annexe 8.2 et 8.3 à partir de la page 73.

«Souvent, notre communication est réduite à hocher de la tête, des sourires et des communications de base sur les types de traitement. Vous sentez qu'il y a vraiment un manque» (p. 96).

4.1.1 Stratégies de communication

4.1.1.1 Le langage corporel et l'écriture

Le langage n'est pas uniquement transmis par la parole mais également par des expressions du visage, des gestes, l'intonation et le volume de la voix (Pasco et al. 2004). Dans les résultats, diverses stratégies sont utilisées pour faire face à la difficulté de la langue. Par exemple, certains soignants ne considérant pas la communication comme une difficulté, disent être à l'aise avec cela en utilisant d'autres techniques pour gérer les situations. Ils font usage du langage des signes et invitent les patients de manière visuelle (Cortis, 2004). D'autres utilisent l'écriture, cependant, il s'est avéré que cette stratégie n'était pas adéquate en raison de l'analphabétisme de certains patients (Richardson et al. 2006).

Dans la culture des Philippins, comme l'expose la recherche de Pasco et al. (2004), il existe diverses normes que les soignants doivent suivre pour permettre la formation d'une relation. Le soignant devra passer par diverses étapes pour faire évoluer la relation jusqu'à ce qu'il soit considéré comme l'un des leurs. Plusieurs modes de langage existent et sont important pour la relation. Il y a notamment le langage par la famille qui sera décrit dans un chapitre suivant, le langage des mots, mais également le langage du toucher qui est très important. Le toucher est le miroir de la considération du fait d'exister en tant qu'être humain qu'ont les soignants envers les personnes soignées. Ce contact induit certains sentiments tels que : « le respect, la courtoisie, la volonté d'accueillir, l'accessibilité et montre si une infirmière aime ou n'aime pas un patient » (Pasco et al. 2004, p. 243). Cet exemple montre que le toucher est un mode de communication très important et expose le reflet du respect que peut avoir une infirmière pour son patient (Pasco et al. Ibid.). Dans cette culture, l'importance est de même pour le langage du regard. Dans le processus de soin, les patients philippins considèrent le regard des soignants comme une notion considérable. L'exemple au sujet des évaluations faites de la part des soignants montre cette importance : « En conduisant des évaluations,

les infirmières doivent veiller à ne pas regarder de la tête aux pieds parce que cela pourrait être interprété comme humiliant ou discriminatoire » (Pasco et al. 2004, p. 243).

4.1.1.2 La famille

La stratégie de prendre appui de la part des parents de la personne soignée pour la communication est souvent nommée. En effet, l'appui de la famille est une des stratégies utilisées par beaucoup de soignants. Une partie d'entre eux argumentent cela en exprimant qu'il s'agit de leur responsabilité d'interpréter, d'autres connaissent la politique de l'établissement au sujet de l'utilisation de la famille comme soutien en tant qu'interprètes informels (Cortis, 2004; Cioffi, 2003). L'exemple d'une infirmière expose cela dans la recherche de Cioffi (2003) : « Je sais que vous n'êtes pas censés utiliser la famille, mais vous le faites quand même. S'ils sont là au bon moment, vous n'allez pas prendre un interprète » (p. 303).

L'utilisation de la famille dans un rôle d'interprète est donc normalement déconseillé par la politique des établissements, mais dans certaines cultures, cette pratique est primordiale lorsque une relation entre le soignant et le soigné débute. Un exemple ressort de l'écrit de Pasco et al. (2004), au sujet de la culture philippine. Dans un premier temps, la communication engagée avec un patient sera transmise par les membres de la famille. Les discussions entre soignant et soigné seront uniquement engagées pour des normes de politesses. Puis au fur et à mesure que l'acceptation et la confiance grandissent de la part du patient envers le personnel soignant, le patient communiquera davantage de lui-même. Dans cette culture, le soignant doit devenir « l'un des leurs », et pour cela il doit passer par différentes étapes, entre autre l'acceptation puis la confiance. Lorsque la personne soignante sera considérée comme « l'une des leurs », il s'agira du moment où le patient engagera une discussion de manière directe avec elle. Toutefois ce rôle reste fragile car si la confiance est trahie, la famille se retrouve à nouveau en position initiale d'intermédiaire de communication. Cette explication montre également l'influence que la culture peut avoir sur la communication entre soignant et soigné.

4.1.1.3 Les interprètes et professionnels bilingues

Les interprètes et les professionnels bilingues font également parties des stratégies utilisées. Dans la recherche de Jones (2008), on explique que « tout traducteur affecte la relation de soins établie » (p. 202). Pourtant ces derniers sont fréquemment sollicités et s'avèrent nécessaires pour appuyer les équipes soignantes. Certains font part de leurs inquiétudes par rapport à la justesse de la traduction lorsqu'elle est faite à partir d'autres personnes que des traducteurs (Jones, 2008).

Le service de traducteurs est donc largement conseillé, pourtant certains soignants ne l'utilisent parfois pas et cela est notamment dû au fait qu'ils ne sont pas sûrs de la façon d'y parvenir. Ils expliquent également cette inutilisation en raison des coûts qu'induit l'emploi de ce type de prestation à l'hôpital, et cela concerne principalement l'utilisation des interprètes (Cortis, 2004).

Blackford (2003), expose dans sa recherche une des difficultés pouvant apparaître lorsque ce service n'est pas utilisé : une mauvaise interprétation de la part des infirmières au sujet de certains actes des patients qui sont liés à la culture. Une situation expose clairement cela à travers l'exemple d'une infirmière :

Je l'ai vu comme un échec de la part du personnel soignant que les besoins d'information et de soutien de cette femme n'ont pas été respectés et, au lieu de cela, nous avons attribué une étiquette en fonction des perceptions de son comportement (p. 239).

Il est parfois compliqué d'avoir des interprètes pour chaque langue parlée des patients. En effet, il est plus facile d'accéder à une traduction pour certains groupes de patients que d'autres (Cioffi, 2003). Toutes les langues ne sont donc pas forcément représentées, ceci étant une limite de la prestation.

Les difficultés concernant les week-ends et les nuits refont surface avec la sollicitation de traducteurs. La nécessité d'avoir à faire à ce service ne peut pas toujours être prévue à l'avance. Ainsi, il arrive que les infirmières doivent gérer certaines situations sans. Il est arrivé que cette prestation soit pratiquée avec pour intermédiaire, le téléphone, notamment lors de situations urgentes. Ce type de recours n'est cependant pas considéré comme adapté (Cioffi, 2003).

Le recours aux interprètes a parfois généré des limites. Certaines infirmières expriment ces dernières : le temps pouvant être consacré lors d'une rencontre, le volume d'informations acceptable, la nature confidentielle des informations traduites et également de l'exactitude de la traduction (Cioffi, 2003). Dans la recherche de Richardson et al. (2006), une autre limite ressort. Il arrive que certains interprètes n'acceptent pas de traduire certaines discussions pouvant être éprouvantes. Ce type de situation peut donc poser problème lorsqu'il s'agit de discuter à propos de diagnostique, pronostic ou fin de vie.

D'un point de vue culturel, le recours à des interprètes pourrait être en contradiction avec certaines valeurs. L'exemple lors d'une rencontre avec deux individus de sexe différent. Un interprète masculin abordant des sujets intimes avec une personne soignée de sexe féminin pourrait ainsi porter préjudice (Richardson et al. 2006).

Comme dit précédemment, en plus des interprètes, il arrive de recourir à des professionnels de santé bilingues. Ces derniers sont considérés comme étant plus facilement accessibles, notamment parce qu'ils se trouvent sur le même site. Les soignants considèrent que ces professionnels ont pu, à plusieurs occasions, apporter leur soutien à certains groupes de patients. Par contre, comme pour les interprètes, certains groupes minoritaires n'avaient pas tous des professionnels parlant leur langue (Cioffi, 2003).

Cioffi (2003) expose que le personnel soignant trouve ce service très positif, notamment en raison des informations qui leurs sont ensuite transmises. Un exemple met en évidence cela : « Je sais maintenant que beaucoup de dames arabes sont analphabètes, pas tant les plus jeunes, mais les plus âgées. Je sais cela seulement en discutant avec l'agent de santé bilingue » (p. 302). Un autre point fort de la participation de ces professionnels de santé bilingues est qu'ils permettent de prodiguer des soins culturellement compétents et adaptés individuellement à chaque patient car ils participent à la rencontre et apportent beaucoup dans la communication (Cioffi, 2003).

Certaines infirmières sont conscientes de l'importance de ne pas ignorer que la communication est primordiale dans la rencontre au patient. Comme le montre Cioffi (2003) en expliquant que les soignants ont travaillé avec empathie et respect et se sont montrés disponibles à participer à la diminution de l'exclusion

et de l'isolement des patients. Le souci de la qualité des soins est un sujet qui est également nommé et il serait lié à la communication. Certains soignants expriment leur inquiétude par rapport à l'assurance de prodiguer des soins de qualité dans ce type de situations. Ces derniers sont d'avis que le perfectionnement de l'accès au service des interprètes influence la qualité des soins (Cioffi, 2003).

Suite à ces divers énoncés, il est présenté que la communication peut être problématique dans la relation soignant-soigné. Elle peut également induire des vécus difficiles pour les deux individus qui se rencontrent. Dans la recherche de Cortis (2004), le personnel soignant a repéré une incidence péjorative sur les patients par rapport à la difficulté de communication. Cette dernière a engendré de l'anxiété, de la peur auprès des personnes soignées. Concernant les soignants, le fait de vivre ce type d'obstacle a induit des sentiments de frustration, une impression d'insuffisance, une absence de conviction que le patient ait été écouté, l'idée de se sentir coupable d'avoir eu recours à d'autres personnes pour effectuer leur travail dans la communication avec le patient.

Il arrive que des soignants soient négatifs à l'égard de patients ne parlant pas la langue locale. Comme il est dit précédemment, une certaine frustration apparaît avec cet obstacle. Voici deux exemples de discussion issus de la recherche de Cioffi (2003) :

Parfois, je pense qu'ils sont là depuis cinquante ans et ils ne savent pas ce que vous dites. Parfois, vous pensez pourquoi ne pouvez vous pas dire des mots de base maintenant, mais vous le pouvez après cela (p. 303-304).

Concernant la deuxième, le problème de la langue est également associé au fait que le soignant lui-même ne parle pas la langue du soigné : « Il est très difficile quand on ne parle pas leur langue. C'est frustrant pour le patient et c'est frustrant pour vous » (p. 303-304).

4.2 La culture

Dans les résultats de la recherche de Cortis (2004), un chapitre est dédié à la compréhension de la culture de la part des soignants. Divers termes communs à la culture ont été énoncés : « "communauté d'origine", "mode de vie", "relations sociales", "systèmes de valeurs et à ce qui s'y porte", "droits des

femmes" et "les langues" » (p. 53). Certains soignants ont également émis des précisions par rapports aux composants de la culture : « "la musique", "l'habillement", "l'hygiène", "les normes" et "les croyances religieuses" » (p. 53). La culture peut donc être vue sous d'innombrables angles, chacun aura sa propre définition de la culture. La culture est également une rencontre de l'altérité. Parfois, elle peut être un élément se rapportant à l'autre, en possession de l'autre et non comme un élément qui peut être semblable et se rattachant à nous mêmes (Cortis, 2004).

Dans la revue de littérature de Mohammadi et al. (2007), il est expliqué que la culture est fondée par plusieurs normes, valeurs et que ces éléments créent des groupes subséquents à l'intérieur d'une seule communauté culturelle. La culture est toujours en mouvement, elle se modifie dans le temps. Il est de même pour ses composants, comme par exemple les comportements, les valeurs. « Ce qui est considéré comme acceptable à un moment donné dans le temps pourrait devenir odieux à un autre point dans le temps » (p. 312).

Dans ce même document, la diversité culturelle est également nommée. Cette dernière est, comme la culture, formée de divers éléments tels que l'origine, la race, la religion, la langue, le genre, ... (Mohammadi et al. 2007).

Dans le cadre des soins, la diversité culturelle augmente la palette des besoins surtout dans une société où il y a une démographie croissante associée à une multiculturalité. En effet, comme le montre l'écrit de Mohammadi et al. (2007) qui est au sujet de l'intégration de la culture islamique dans les soins en Australie ; « la culture islamique fournit un exemple de ce dilemme, en ce que les aspects de cette culture ne s'intègrent pas facilement dans un système fondé sur des valeurs, des croyances et des pratiques occidentales » (p. 312).

Lors de relations de soins, des échanges se font entre deux personnes, donc deux cultures. Mohammadi et al. (2007) parlent de « choc des cultures » (p. 312). L'interculturalité peut induire des discordes de nature culturelle. Ces dernières seront d'avantages approfondies dans un chapitre suivant : les conflits soignant-soigné à la page 39.

Certains composants de la culture ont davantage été analysés dans certaines recherches. Ces composants sont explicités après.

4.2.1 Les croyances

Il est intéressant d'exposer certaines croyances pouvant apparaître dans une relation de soin. Dans la recherche de Cioffi (2006), les patients participant sont originaires de l'Asie et du Moyen Orient et sont hospitalisés au sein d'un hôpital en Australie. Divers exemples sont donnés pour exposer les points de vue des personnes soignées quant à la différence culturelle qui est sentie au sein de la relation: « D'un point de vue culturel, les musulmans sont différents et les infirmières ne comprennent pas ces différences et ne peuvent offenser sans le vouloir » (p. 322). Les croyances sont spécifiques à chacun, de même dans une relation soignant-soigné. Certains patients exposent leurs croyances ainsi que leur conception individuelle. Voici l'exemple d'un patient originaire du Moyen-Orient qui expose sa position par rapport à la maladie et la religion :

Une personne qui suit de très près sa religion quand on est musulmans. Allah me donne la maladie et je l'accepte et je suis très heureux. Les gens ne vivent pas de ce monde, mais pour le monde d'après. C'est pourquoi tous ces préparatifs sont pour après la mort (Cioffi, 2006, p. 322).

Maintenant, voici l'exemple d'un soignant par rapport à la vision des différences de cultures qu'ils peuvent distinguer chez leurs patients : « il est chinois, donc il ne veut pas perdre la face. Il se présente comme étant dans le contrôle et émotionnellement retenu » (Cioffi, *ibid.* p. 322). Ces divers exemples exposent une mise en évidence de la différence de l'autre, de ce qui est propre à l'autre plutôt que de mettre en lumière ce qui peut être semblable à soi (Cortis, 2004). Les croyances que peuvent avoir des individus dans le cadre d'une relation soignant-soigné influencent le soin. Comme par exemple lors de la gestion de la douleur. Ceci est exposé dans la recherche de Cortis (2004), où des informations concernant les soignants portent sur la gestion de la douleur de patients d'origine pakistanaise, qui eux, la percevraient à un faible niveau. Il s'est avéré que lors de certaines prises en charges, la douleur n'a pas été adéquatement gérée.

Dans la recherche de Richardson et al. (2006), il est développé que les croyances interagissent avec certains choix concernant les soins. Ils exemplifient cela avec une situation où certaines croyances ont gêné l'acceptation d'un traitement adapté par la personne soignée. Il est donc parfois difficile pour les soignants d'adhérer aux représentations du patient tout en

suivant leurs connaissances et expériences de leur profession ainsi que leur avis personnel de la validité du choix. Un soignant s'exprime et donne un exemple du malaise qui peut être vécu dans ce type de situation :

Vous agissez d'une manière, qui est extérieurement agréable et vous traitez avec elle, mais intérieurement vous vous sentez vraiment inconfortable à propos de cela...cela peut devenir très inconfortable si vous avez à faire cela pendant une longue période (Richardson et al. 2008, p. 98).

4.2.2 La spiritualité

Selon les résultats de la recherche de Cortis (2004), la spiritualité est parfois vue comme un challenge pour certains soignants. Malheureusement, il arrive que la spiritualité soit mal interprétée, de même pour ce qui concerne son utilisation. Ce phénomène se joint à l'affiliation religieuse. Un exemple de citation présente le challenge : « ...au sujet de la spiritualité... il n'y a pas de place pour la spiritualité dans toute sorte de sens formel à tous les soins de santé... » (p. 53).

Malgré cette citation, quelques soignants étaient d'avis que le fait de prodiguer des soins se basant sur une sensibilité culturelle et spirituelle peut entraîner une influence par rapport à la récupération de la personne soignée. Par contre, la majorité des autres soignants ne partageaient pas cet opinion mais étaient d'avis que la culture n'adhère pas aux processus de soins (Cortis, 2004).

Un autre conflit d'intérêts par rapport aux bénéfices que la spiritualité peut offrir peut être mis en évidence. La recherche de Cortis (2004) se centre sur des patients de nationalité pakistanaise hospitalisés au Royaume-Uni. Le fait de laisser un espace à la pratique de la spiritualité est positif pour la santé du patient, pourtant une minorité de soignants ont la connaissance que la plupart des personnes intégrant ce groupe culturel sont de religion musulmane. Cette méconnaissance induit une défaillance quant à la prise en compte des besoins spirituels de la religion islamique.

Un lien peut être fait avec la revue de littérature de Mohammadi et al. (2007) qui approfondit les notions de spiritualité dans cette religion plus précisément. Il est expliqué que la religion islamique propose un chemin de vie pour les personnes sincères et dévouées. Cette religion est construite de principes et ceux-ci

modélisent la vie des pratiquants musulmans. L'Islam exerce une influence sur toutes les étapes de la vie. Une des pratiques courante de cette religion est la prière. Il s'agit de la pratique journalière la plus fondamentale. Elle est pratiquée 5 fois par jour et est composée de cinq versets issus du Coran ainsi que des prostrations en se dirigeant vers la Mecque. Une toilette du corps doit être réalisée avant le rituel de la prière. Le respect de cette pratique, la prière étant ici prise comme exemple, durant une hospitalisation a la potentialité de créer des difficultés et cela notamment en raison du contexte de santé qui n'est pas islamiste. D'autres exemples pourraient être exposés comme ceux de la pratique du jeûne du Ramadan et le principe de s'alimenter avec de la viande dite "halal"⁵.

4.2.3 La famille

Dans leur recherche réalisée en Australie au sein d'un hôpital pédiatrique à Melbourne où des soignants vivent des expériences avec des patients d'origines culturelle et linguistique diverses, Blackford et al. (2003) ont utilisé le cadre du genre afin de parcourir les diverses structures de la famille au niveau culturel. Il s'est avéré qu'au sein des politiques des institutions, il y avait une structure occidentale de la famille. Cette structure est faite d'un enfant et des deux parents. Un impact de l'évolution considérable du rôle de la femme à un niveau philosophique est ressorti au sein de la société occidentale. Une des citations des soignants expose ce qui a pu être observé lors de leurs expériences par rapport aux rôles attribués au sein de la famille et la réflexion qui peut en émerger : « L'homme est beaucoup plus important que la femme et je trouve ça vraiment difficile à gérer ainsi, encore une fois à partir d'une culture occidentale où je vois les hommes et les femmes comme des égaux » (p. 240). Un autre exemple expose cela et est en lien avec l'influence des valeurs qu'ont les soignants par rapport aux rôles des parents dans le soin à leur enfant :

Nous avons eu un assez grand nombre de cas, drôle, où nous avons encouragé l'interaction des parents avec leur enfant et vous savez, "Comment voulez-vous changer les couches ?", et, "Ici, allez-y, voici la couche", et, "Non !", le père dit : "Non ce n'est pas mon travail" (Blackford et al. 2003, p. 240).

⁵ Animaux égorgés au nom de Allah et vidée de leur sang.

Comme dit précédemment, la plupart des soignants ont une vision « occidentale » de la famille dans cette recherche. Ce type de réponse fait réagir certains d'entre eux et ont ainsi parfois de la difficulté à adhérer à une structure familiale de type patriarcale qu'adoptent quelques patients d'origine culturelle et linguistique diverse.

En favorisant l'égalité des sexes dans la relation soignant-soigné, les soignants ont rendu imperceptible le positionnement culturel de ces femmes d'origine culturelle et linguistique diverse (Blackford et al. 2003).

Dans la culture philippine par exemple, « la famille demeure l'unité de base de l'organisation sociale et en particulier le soutien en cas de maladie, naissance ou mort » (Pasco et al. 2004, p. 241). Dans leur pays, la famille est toujours présente et les soins qui y sont prodigués sont centrés sur la personne soignée. Normalement, la famille prend le rôle de soignant pour les soins personnels et intimes et le personnel infirmier prodigue les soins professionnels. Au sein d'un hôpital où les soins intimes sont normalement fait par les soignants, ce type de prise en soin peut parfois rendre mal à l'aise les patients. Un exemple expose cette valeur dans le cadre des soins au sein d'un hôpital du Canada avec une patiente d'origine philippine : « Anita a souligné qu'elle préférerait que son mari l'aide à aller aux toilettes ou prendre une douche, plutôt que d'appeler les infirmières ». Il est donc considéré comme étant très gênant de devoir se montrer devant des soignants qui ne sont pas considéré comme l'un des leurs. La présence de la famille est ainsi ressentie comme importante. Aussi, il y a souvent une personne présente mais dans le cas où aucun parent n'est là, lorsqu'il s'agit de patients philippins, il est possible qu'il y ait une incidence sur la personne soignée car un manque sera ressenti, notamment pour ce qui concerne la communication, et donc la personne sera plus fragile (Pasco et al. 2004).

La recherche de Vydelingum (2006) porte sur les expériences de soins d'infirmières soignant des patients de minorité ethnique d'Asie du Sud au sein d'un hôpital en Angleterre. Dans cet écrit, un des chapitres des résultats est au sujet de la valorisation de la famille. Divers exemples de discussions sont exposés et sont à eux seuls très expressifs de la valorisation qui est exprimée envers les familles de patients, principalement par rapport à leur capacité de

traduction. En voici quelques exemples : « Je trouve les parents très utiles. Je suis plus sensible de l'aide qu'ils nous apportent à laver le patient et aussi sans oublier l'aide pour interpréter. Je ne sais pas ce que nous ferions sans eux », « Ils peuvent être une aubaine, surtout lorsque les médecins viennent et nous n'avons personne pour interpréter » (Vydelingum, 2006, p. 27). Dans cette recherche, ce sujet n'a pas été questionné mais ce sont les soignants eux-mêmes qui ont pris l'initiative de faire part de la ressource que sont les parents. D'autres ont par contre fait part d'un avis différent sur le sujet. Les discussions se basent sur des considérations négatives au sujet des parents :

la plupart des commentaires crée une image sur des parents comme des déviants et une nuisance, demandant beaucoup de questions et perturbant les routines des services en restant plus longtemps dans les chambres que les parents des patients blancs (p. 27).

4.3 Les conflits soignant-soigné

Certaines difficultés ont d'ores et déjà été présentées dans certains des thèmes précédents. Néanmoins, certaines semblent être plus problématiques et sont apparues dans deux écrits.

Cioffi (2006), présente dans les résultats de sa recherche, un chapitre portant sur les diverses tensions apparaissant dans la relation de soin. Des conflits sont nés au sujet de la famille ainsi que des visites. Pour les patients, les discordes viennent de leurs souhaits de bénéficier du soutien des parents à leur côté. Voici un exemple d'un patient par rapport à l'importance de ce besoin : « J'aime avoir des visiteurs la plupart du temps. Je ne me sens détendu et heureux, que quand je vois ma famille lors de leur visite [...] » (p. 321). En revanche, les soignants exposent autrement ces conflits : « Elle a beaucoup de membres de la famille. Ils veulent rester avec elle tout le temps. Ils ne l'aident pas et restent là. Ils utilisent leur langue comme un obstacle à la compréhension de ce que nous demandons » (p. 321).

Un autre type de conflit ressort dans cette recherche ; celui du sexe du soignant. Cette difficulté intervient souvent lorsqu'il s'agit d'une prise en soins de patients originaires du Moyen-Orient. Ce genre de situation a induit des retombées sur le personnel soignant, plus particulièrement pour les soins intimes et l'enseignement. Des exemples sont à nouveau exposés de la part

d'un patient puis d'un soignant : « Patient : les hommes veulent être servis par les hommes et les femmes par des femmes. Cela peut être considéré comme refus de service, mais il n'est pas ainsi. C'est à cause de la croyance » ;

Soignant : Il ne me parle pas comme je suis une femme. Quand sa femme arrive, je lui parle et lui donne l'information... Elle lui enseigne pour moi et lui pose des questions dont elle me les transmet après et ainsi de suite (Cioffi, 2006, p. 322).

Ces deux difficultés, soit, le genre et la visite, se retrouvent dans une autre recherche. Il s'agit de celle de Cortis (2004) qui concerne des patients d'origine pakistanaise hospitalisés au Royaume-Uni et où ces conflits sont ressentis comme étant des défis. Pour le conflit de genre, l'exemple d'une soignante est présenté et met en lumière la difficulté d'une relation où il y a différence de sexe et où il y a en plus la difficulté de la communication : « Enfin je me rendis compte qu'il était embarrassé parce que j'étais une femme... J'ai été naïve de cela et ne comprenait pas cette partie de la religion » (p. 53). Concernant le défi de la visite, certains soignants ont pris en compte le fait qu'il s'agit d'un besoin culturel pour la communauté et qu'ils doivent être flexibles avec cela. Prenant en compte ce besoin, certains ont proposé la salle de séjour selon l'état du patient. Cependant, comme pour l'exemple précédent, les avis divergent et d'autres soignants considèrent que le surplus de personnes en visite au sein de la chambre et donc autour du lit du patient peut engendrer des doléances des autres patients. Les soignants se sont donc trouvés en difficultés à satisfaire les besoins de chacun (Cortis, *ibid.*).

Dans la revue de littérature de Mohammadi et al. (2007), le conflit de genre est aussi mis en évidence. Car dans la culture musulmane, pour les femmes, il arrive que « même une poignée de main avec les hommes soit découragée » (p. 313). Cette norme peut poser problème pour une femme dans le cas où elle est hospitalisée car des conflits peuvent naître pour chacun des individus d'une relation soignant-soigné. Dans cet écrit, il est expliqué que les soins prodigués d'une certaine façon ne sont pas guidés selon le sexe des personnes mais d'avantage selon l'expérience et l'aptitude. Des difficultés superflues et un malaise pour la personne soignée peuvent surgir car il arrive que des soignants de sexe masculin prodiguent des soins à une patiente. Ces situations peuvent ainsi engendrer des conflits inutiles au sein de la relation (Mohammadi, 2007).

4.4 Les problèmes d'exclusion

Dans les résultats de Cortis (2004), le chapitre des "possibles facteurs explicatifs", expose les propositions des soignants quant aux éventuelles causes de discordances dans les soins par rapport aux besoins de la communauté pakistanaise et le pragmatisme des soins envers cette population. Une de ces possibles causes est le racisme. A ce sujet, les avis des soignants divergent. Une partie d'entre eux croient que le racisme n'a pas lieu dans le cadre des soins, certains expriment n'avoir jamais pu observer sa manifestation. De la négation du racisme dans un premier temps, les avis se sont dirigés vers un consentement que ce phénomène existe dans tous les échelons du milieu hospitalier. Certains ont exprimés : « Le racisme existe dans la société, alors pourquoi pas en milieu hospitalier ? » (p. 55). Les participants à cette recherche n'ont pas tous fait usage du terme "racisme". Une partie a employé d'autres termes : « "préjudice", "l'attitude négative" ou "discrimination" » (p. 55). Le recours à d'autres termes s'est argumenté du fait qu'il s'agisse d'un mot ayant une connotation sensible. Des soignants parlent du rôle que peuvent jouer les médias. Le fait que les médias insistent au sujet que le racisme est un problème, cela engendre une incidence sur le raisonnement des personnes. Deux exemples exposent le racisme s'exerçant dans le cadre des soins, un étant de la part d'un soignant, l'autre d'un patient : « Il pourrait y avoir des infirmières qui n'ont pas eu de la sympathie envers ces gens... Je ne peux pas nier que peut-être les soins auraient pu leur être mieux délivrés qu'ils le sont. [...] »,

Quand j'étais à l'hôpital, je ne pouvais plus attendre pour sortir. Je sentais que j'étais ignoré... Je sentais que la cheffe infirmière a été particulièrement lésée et je dis aux infirmières que je ne me souviens pas d'une prise de tension artérielle en étant touché par les mains de quelqu'un, mais cela est arrivé à moi (Cortis, 2004, p. 55).

Cette dernière citation indique que le racisme prend une forme clandestine au sein des soins. Certains osent en parler et en exposer des exemples s'étant exercés dans leur pratique. Cependant, d'autres, soignants ou établissement de soins, n'admettent pas franchement le racisme : « Pour être honnête, certains patients ont une puce sur leur épaule au sujet de leur couleur et beaucoup de bruit est composé pour rien... je suis désolé de le dire » (Cortis, ibid. p. 55).

Dans la recherche de Vydelingum (2006), on retrouve un cheminement semblable à celui présenté dans la recherche de Cortis (2004). Pour celle-ci, un animateur était présent pour les discussions des expériences de soins d'infirmières envers des patients asiatiques du Sud dans un hôpital en Angleterre. L'animateur a présenté une situation réelle s'étant déroulée dans les soins :

Un jeune patient asiatique [...] était décédé [...]. Sa mère a appelé pour voir le corps. Elle avait été horrifiée de le retrouver dans son lit gisant dans une marre de vomi. Elle était très affligée de l'image de son fils, dans un tel état dégoutant dans ce lit, elle a été hantée par cela. Les commentaires du personnel infirmier ont été, comme il était musulman, ils ne pensaient pas qu'ils étaient autorisés à toucher le corps. "Nous laissons donc le plus souvent la famille avec le corps" » (p. 26).

Suite à cet exemple, des soignants se sont manifestés et ont répondu : « L'infirmière a suivi le guide [...]. Mais ce n'est pas notre faute n'est-ce pas ? Nous pouvons offrir les services, mais nous ne pouvons pas forcer les gens s'ils ne prennent pas les services. [...] » (p. 26).

Cet extrait des échanges qui ont eu lieu expose des postulats qui sont stéréotypés au sujet des personnes d'origine musulmane. Ces postulats ont engendrés des obstacles de type culturel au sein du soin et ont enrayé des soins culturellement congruents (Vydelingum, 2006).

Dans cette même recherche, un chapitre a pour titre : le déni du racisme. Ce thème a été proposé par l'animateur et divers avis se sont échangés. Dans un premier temps, le déni du racisme s'est considérablement exposé : « Je ne pense pas qu'il y ait du racisme à notre niveau, comme nous voyons tous les jours les patients et nous les traitons tous de la même manière » (p. 27). Une banalisation a été faite ainsi qu'un échange au sujet des comportements de la collectivité. Cependant, une personne propose la pratique de l'intransigeance, ce qui aura par la suite permis aux personnes présentes de passer du fait que le racisme est inexistant au fait qu'il peut d'avantage s'exercer au sein de groupes de personnes plus âgées. Cependant un participant démontre des clichés à connotation négative sur les personnes de couleur noire. Ces explications sont exposées par l'extrait des discussions : « Je ne pense pas que c'est du racisme, c'est le sectarisme, oui je crois que je l'appelle le sectarisme parmi les patients blancs », « Je pense qu'il y a plus de racisme chez les plus âgés, par exemple le groupe d'âge de mes parents. [...] », « Je suppose [...]

que les gens se font leur propre jugement sur les personnes noires. Comme certaines personnes viennent avec beaucoup de "bagage traditionnel" » (Vydelingum, 2006, p. 27).

Carde (2007) a réalisé une recherche portant sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Dans son travail, elle a notamment approfondie certaines notions concernant les assurances maladies. Les termes de délégitimation et différenciation sont utilisés pour exposer les discriminations directes. La délégitimation représente une personne dite délégitimée, soit définie comme ayant un « défaut de légitimité » (p. 103). Plus clairement il s'agit d'un individu qui profite d'une couverture maladie offerte par l'aide sociale. Une personne recevant cette assurance est vu comme un « "assisté", dont les soins "coûtent cher aux cotisants" » (p. 103). Actuellement en France, « "les assistés", les ultimes, ne sont plus uniquement "des pauvres", ce sont "des pauvres" étrangers en situation irrégulière » (p. 103). Ces différentes évocations négatives se lient au fait de profiter de l'aide sociale et sont rattachées à l'étiquette d'être un étranger étant suspect d'être en train d'immigrer pour bénéficier exagérément des soins français. Ces connotations vont également déteindre sur toute personne pouvant être considérée comme étrangère. Le deuxième terme exposé est la différenciation. L'altérité est mise en évidence à travers la différence. La différence est fréquemment jointe à quelque chose de culturelle. En effet, elle est qualifiée comme étant culturelle en raison « d'une façon "particulière" de s'exprimer, de manifester les symptômes d'une maladie, d'adhérer à une offre de soins, etc. » (p. 105). Certaines personnes du monde professionnel argumenteront de telles croyances pour diriger l'individu vers un service de soins autre que celui proposé à toute personne, un service présumé être ajusté à sa dissemblance. Dans ce travail, un exemple donne une idée de ce phénomène : « Un patient ayant besoin de soins psychiatriques pourra être orienté vers une consultation d'ethnopsychiatrie plutôt que vers un service de psychiatrie ordinaire parce qu'il a "l'air africain" » (p. 105). Comme dit précédemment, les professionnels seront d'avis que le fait qu'il s'agisse d'un service adapté est un avantage, ce qui se traduit en une discrimination positive. Cependant, ce service particulier peut se voir désavantageux car selon Carde (2007), il y a une limitation d'accéder au

même droit que tous, le traitement spécifique peut être inapproprié, les individus utilisant ce type de service risquent de subir une « stigmatisation » (p. 105). L'auteur de la recherche exprime donc que : « différentielle, défavorable et fondée sur une différence d'origine perçue, cette pratique constitue ainsi une discrimination selon l'origine, au sens négatif du terme » (p. 105).

Carde (2007), parle également de discriminations indirectes. Elle explique que l'origine et la précarité sont finement liées et que ces discriminations touchent plus spécifiquement les personnes d'origine étrangère lorsqu'elles sont dans la précarité. Un exemple présente cela ; il s'agit des consultations chez les médecins. En France, lors d'une visite chez le médecin, il existe le « tiers payant » (p. 106). C'est à dire que la personne ne doit pas faire une avance dans le paiement de la prestation. Il arrive que certains médecins soient circonspects à accueillir des personnes profitant de ce tiers payant notamment en raison de probable retard de la prise en charge des coûts de la part des caisses maladies. La conséquence est que ces personnes ne sont pas uniquement exclues mais il leur est demandé un avancement du paiement avec souvent des surplus de rémunération dont elles ne seront rétribuées. Ces personnes profitant de l'aide médicale de l'Etat sont les plus souvent exclues en raison de dysfonctionnements institutionnels (Carde, 2007).

4.5 Les compétences et connaissances culturelles

Au sein de la recherche de Jones, (2008) qui portaient sur les expériences de soins des infirmières urgentistes avec des patients mexico-américains, les soignants avaient de bonnes connaissances concernant la culture hispanique des soignés. Il est exposé qu'ils avaient connaissance des 3 principes de base de leur culture. Il s'agit de la famille élargie, du catholicisme et de l'espagnol. Une partie d'entre eux étaient également au courant du principe de respect des personnes plus âgées et de la gente masculine. Concernant la compétence culturelle liée à l'obstacle de la langue, l'entier des soignants a travaillé à sauvegarder la culture dans les soins en utilisant leurs aptitudes en espagnol ainsi qu'en donnant des explications écrites en espagnol et en anglais pour les personnes américaines originaires du Mexique qui étaient hospitalisées. Certains ne parlant pas l'espagnol se sont également faits aider par la

ressource que sont les traducteurs ou professionnels bilingues pour que la communication en langue espagnole puisse se poursuivre. Un changement s'est également effectué sur un plan institutionnel car l'établissement a réorganisé ses actions et a mis à disposition des aides comme celles du service des traducteurs, des cours de langue espagnole et un document explicatif bilingue.

Un chapitre est consacré à la connaissance de la communauté pakistanaise dans les résultats de la recherche de Cortis (2004). Ce chapitre expose que dans l'ensemble de la connaissance des soignants était acceptable au sujet des spécificités de ce groupe mais des erreurs sont tout de même apparues dans leurs interactions. Les soignants s'orientent parfois vers le sujet de la différence de leur culture personnelle. « La "culture" a été perçue comme appartenant à "l'autre" plutôt que d'être également applicable à "soi" » (p. 53). Concernant les besoins alimentaires, ces derniers ont été évidents et considérés comme exerçant une influence sur les soins. Cependant, la justesse des connaissances était variable car les soignants ont souvent l'idée que des personnes d'origine pakistanaise sont végétariennes et qu'une partie ne mange pas de porc, ni de bœuf. Une minorité a proposé la nourriture "hallal". Les connaissances des besoins alimentaires des patients d'origine pakistanaise ne sont pas toujours exactes mais sont également parfois pauvres. Au sujet de la communication, outre les stratégies qui sont décrites précédemment dans le chapitre à ce sujet, certains exemples d'actions utiles et efficaces ont été présentés. Un de ces exemples est un plan de communication créé avec notamment l'aide de familles et qui a comme but de diffuser la communication ainsi que les questions. Malheureusement, ce plan n'a pas été utilisé par tous lorsque les responsables n'étaient pas présents sur le service. Toujours sur le sujet de la communication, peu sont au courant de l'éventuelle transgression de la confidentialité lorsqu'une tierce personne prend part à la communication de soin.

Dans la recherche de Pasco et al. (2004), les résultats exposent l'importance de connaître la culture des patients, dans ce cas celle de patients philippins. Un soignant qui ne sera pas considéré comme "l'un des leurs" aura certaines difficultés dans la relation car les patients d'origine philippine ne dévoilent pas

aisément leurs besoins, ressentis ou questions aux personnes ne faisant pas partie d'eux. Dans cet écrit, il y a peu de mise en évidence de l'état des connaissances de la part des soignants. Cependant, il est tout de même évoqué que les soignants ont eu la capacité de prévenir les besoins des patients et cela grâce à la relation qui a pu évoluer au niveau, dit « de l'unité », selon les philippins. Il s'agit de la dernière étape qui mène à devenir "l'un des leurs" dans leur culture. La personne soignée a pu dévoiler ses ressentis et être confiante envers le soignant. Soignant et soigné ont pu avoir des buts communs concernant la prise en soin, cette dernière a donc été efficiente.

Les compétences et connaissances culturelles sont présentées comme étant importantes dans ces divers retours sur les résultats des recherches. Aussi, comme il est présenté dans la recherche de Vydelingum (2006), la participation des institutions sur d'éventuels changements dans leurs structures a également son importance. Dans ces résultats, un des changements de l'institution a été l'introduction de repas asiatiques dans les menus. Cette introduction de menus adaptés à la culture des patients a été ressentie de la part des soignants comme un « engagement par la confiance » de mettre en place des modifications concrètes (p. 25). Lors des échanges à ce sujet, certains soignants ont émis d'autres possibilités de changements pour progresser dans leur pratique : mise en place d'un calendrier concernant leurs fêtes religieuses afin d'être au courant des jours sacrés, une feuille contenant les normes de soins par rapport aux besoins de la religion et pour terminer faire une demande auprès des familles par rapport aux nécessités particulières de leur religion afin de ne pas enfreindre une certaine croyance. Lors d'autres discussions, les prises de décisions politiques au niveau gouvernemental ont également été abordées. Ainsi, un conseiller multiculturel a été désigné à la commission de la santé et des documents traduits sous différentes langues pour les personnes soignées ont été mis en place.

Un chapitre des résultats de cette recherche a pour sujet : la fausse conscience de l'équité. Les différents soignants pensent soigner tout le monde de la même manière. Le titre se lie à cette manière de prendre en soin car à traiter tous les patients de la même manière revient à oublier de prodiguer des soins de manière individualisée. Cette pratique se retrouve dans certaines interactions,

l'une d'entre elles reflète le contenu de la discussion : « Nous traitons tout le monde au même titre que tous les autres patients » (p. 26).

Pour certains des participants, il y a un de réelles lacunes dans leurs savoirs ainsi que dans leur compréhension par rapport à différentes cultures : « Nous ne les comprenons pas. Je ne supporte pas le manque de contact avec les yeux, en particulier des patients asiatiques de sexe masculin », « Ce n'est pas seulement la langue. Même pour ceux qui peuvent parler anglais, je trouve qu'ils sont très retenus dans l'expression de leurs problèmes. Ils ne veulent pas toujours communiquer avec le personnel » (p. 26). Ces deux exemples de discussions exposent un manque de compétence culturelle. Il arrive également qu'il y ait des confusions par rapports aux coutumes d'ordre religieuses ou culturelles. Malheureusement, ce phénomène est parfois guidé par de l'ethnocentrisme :

[...] les hindous croient en la réincarnation et certains ont bien dit à tort que lors des autopsies, les parties du corps [...] sont jetées à la poubelle. Il y a toujours la crainte que si le corps est soit incinéré ou enterré sans tous les organes, que cela pourrait affecter la réincarnation de l'esprit (p. 28).

« Mais c'est ridicule. Ce n'est pas le corps qui se réincarne, mais c'est l'âme. Comment les gens peuvent croire en de telles choses ? » (p. 28). Ces conversations montrent la présence de réels malentendus et voir de préjugés au sujet de la culture (Vydelingum, 2006).

Très peu de recherches ont abordé clairement le thème de la formation à la compétence culturelle. Cependant, les résultats de Richardson et al. (2006) ont un thème qui aborde ce sujet. Tout d'abord les soignants expliquent manquer de soutien tels que des supervisions ou interactions en équipe. De plus, une insuffisance au niveau de la formation a été abordée. Il s'agit d'un manque de connaissances visant à satisfaire les besoins des différentes ethnies, religions et cultures pour permettre une bonne compétence dans la prise en soin des patients. Le groupe de soignants propose l'initiative de bénéficier de formations qui leur permettent de raisonner au sujet de leurs représentations personnelles, de leurs comportements et de leurs postulats. Il juge également important de recevoir certaines informations durant la formation initiale puis de poursuivre avec des formations continues afin de permettre un raisonnement constant.

5 Discussion

La discussion de cet écrit portera sur une critique de la qualité de la méthodologie concernant les recherches et leurs résultats. Les résultats seront discutés et mis en lien avec le modèle transculturel de Purnell. Pour terminer, un chapitre portera sur la réponse à la question de recherche.

5.1 Méthodologie des recherches

Diverses recherches ont été survolées pour effectuer une sélection afin de rédiger ce travail. Cependant, lors de la lecture de certains résumés, nous étions d'avis que certains contenus ne satisfaisaient pas notre questionnement. Au total, dix écrits ont été sélectionnés dont neuf recherches et une revue de littérature (Mohammadi et al. 2007). Neuf d'entre eux étaient de langue anglaise, ceux-ci ont donc du être traduits et le dernier était en français. La totalité des recherches a été résumée et introduite au sein de deux types de grilles de recherches⁶. Ces divers écrits étaient issus de différents pays : Etats-Unis (1), Australie (4), France (1), Canada (1), Angleterre (3). La date de leur parution devait s'étendre entre l'année 2000 à l'année actuelle, soit 2010. Ce critère avait pour but d'avoir une vision actuelle de ce qui s'exerçait au sein de la relation de soin interculturelle. Les recherches se sont davantage dirigées sur des écrits avec des approches qualitatives car pour la réalisation de ce travail il était intéressant de découvrir les expériences et les difficultés rencontrées de la part des professionnels dans le cadre des soins. Selon Loiselle et al. (2007), « l'objectif de la plupart des études qualitatives est de comprendre en profondeur toute les facettes d'un phénomène, tel qu'il existe et tel qu'il est construit par les gens dans le contexte où ils se trouvent » (p. 218).

La récolte des données s'est réalisée par le biais d'interviews, d'entretiens, d'observation des professionnels sur leur lieu de travail et de groupes de discussion.

Le setting des diverses recherches se centrait généralement sur le personnel infirmier tantôt le personnel d'aide travaillant parfois dans des postes

⁶ Trames de synthèse d'articles et grilles d'analyse de recherches en annexes 8.2 et 8.3 à partir de la page 73.

particuliers. Comme dans la recherche de Blackford (2003), certains avaient par exemple pour poste : chef au sein de l'unité, d'enseignant clinicien, etc. Dans la recherche de Carde (2007), le setting comptait également des agents administratifs responsables de la caisse et de l'assurance maladie, des affaires sanitaires et sociales, etc. La chercheuse s'est également centrée sur des médecins, du personnel infirmier ainsi que des travailleurs sociaux. Cette recherche a donc été maintenue du fait que son thème touche le domaine des soins de part le lien avec les assurances maladies. Richardson et al. (2006), ont également ciblé leur setting sur plusieurs professionnels de la santé : Infirmières, médecin, assistants sociaux, ergothérapeute, etc. Concernant les patients, certaines recherches se sont également axées au sujet d'un setting particulier de patients : d'origine mexico-américaine, asiatiques et du Moyen-Orient, des patients canadiens philippins et pakistanais (Jones, 2008 ; Cioffi, 2006 ; Pasco, 2004 ; Cortis, 2004). La revue de littérature de Mohammadi et al. (2007) et la recherche de Cortis (2004), se sont notamment centrées sur la culture que pratiquaient leurs patients, soit la culture islamique. Les recherches de Cioffi (2003) et de Blackford (2003) ont centré leur setting avec pour caractéristique la différence de culture et/ou de langue.

La majorité des études ont obtenu une approbation éthique et pour certaines, les participants ont bénéficié de documents explicatifs au sujet de la recherche et ont reçu un formulaire de consentement éclairé. Cependant, concernant la recherche de Blackford (2003) et l'étude de Carde (2007), cet aspect n'est pas investigué au sein de leurs écrits. Ainsi, nous supposons que concernant ces travaux, le respect des recommandations éthiques de la recherche n'a pas été pleinement respecté.

Pour ce qui concerne le contenu, les recherches abordent diverses facettes de ce qui peut se jouer au sein d'un cadre interculturel et cela plus précisément dans le domaine de la santé. Cinq recherches se sont intéressées aux expériences de relations et de soins des soignants (Jones, 2008 ; Cioffi, 2006 ; Cortis, 2004 ; Cioffi, 2003 ; Vydelingum, 2006). La recherche de Blackford (2003) a exploré les liens se présentant entre la santé, les politiques multiculturelles des gouvernements et la pratique infirmière avec pour idée d'identifier également les cadres culturels présents dans la pratique infirmière.

Carde (2007), s'est focalisée sur le repérage de pratiques discriminatoires envers des groupes particuliers de personnes engendrées par les professionnels donnant l'accès aux soins. La revue de littérature de Mohammadi et al. (2007), porte sur les principes de l'Islam et sur leurs impacts au sein de soins prodigués à des personnes musulmanes. C'est pour ces raisons que cette revue a été retenue. L'identification des valeurs inscrites dans la culture guidant les interactions des patients canadiens philippins dans le développement de relations soignant et soigné est présentée dans la recherche de Pasco et al. (2004) Pour terminer, la recherche de Richardson et al. (2006) explore les visions des professionnels travaillant dans la santé ainsi que dans le social et analyse leurs besoins de formation par rapport aux soins à des groupes minoritaires noirs et ethniques.

5.2 Discussion des résultats et mise en lien avec le modèle

Cinq thèmes principaux ont été créés pour représenter les résultats récoltés des divers écrits répondant à la question de recherche de ce travail. Les voici : la communication, la culture, les conflits soignant-soigné, les problèmes d'exclusion, les compétences et connaissances culturelles. Ces derniers sont rediscutés et mis en lien avec le modèle transculturel de Purnell.

La communication

« Toute communication serait un tant soit peu interculturelle » (Tison, 2007, p. 36). En effet, nous considérons la communication comme importante et faisant partie de la rencontre entre deux personnes. Le thème de la communication apparaît fréquemment au sein des résultats de diverses recherches (Jones, 2008 ; Cortis, 2004 ; Cioffi, 2003 ; Pasco et al. 2004 ; Richardson et al. 2006). Cet élément, qui fait partie intégrante de la relation, est souvent défini comme étant problématique (Jones, 2008 ; Cortis, 2004 ; Cioffi, 2003 ; Richardson et al. 2006). Nous avons pu constater que la communication peut être difficile au sein d'une relation interculturelle. Ceci est appuyé par Coutu-Wakulczyk (2003), qui expose le modèle transculturel de Purnell et qui explique que la communication est un des domaines le plus complexe car il interagit avec les différents éléments du modèle et dépend de capacités verbales. Certains soignants sont inquiets par rapport à cette problématique. Richardson et al. (2006) exposent

que le manque de communication présente le risque d'induire une complication quant à la formation de la relation. Pour faire face à la difficulté qu'est la communication, diverses stratégies ont été utilisées par les professionnels de la santé pour permettre une meilleure compréhension. Trois sous-thèmes sont ressortis : Le langage corporel et l'écriture, la famille et pour terminer les interprètes et professionnels bilingues. Selon Coutu-Wakulczyk (2003) qui expose le modèle transculturel de Purnell, la communication est faite de diverses caractéristiques dont le non verbal. En effet, la communication non verbale se transmet par le regard, les expressions du visage, le toucher, etc. (Coutu-Wakulczyk, 2003). Dans la recherche de Cortis (2004), les soignants utilisaient le langage des signes ou l'intermédiaire du regard pour inviter les patients. Comme il a été expliqué, le toucher est un mode de communication non verbal. La recherche de Pasco et al. (2004) explique que le toucher expose le reflet du respect ressenti par le soignant envers le patient. Le recours au toucher pour la communication est vu différemment selon les cultures. Les professionnels de la santé doivent donc veiller à cela, notamment par rapport à la distance qui doit être adaptée (Coutu-Wakulczyk, 2003). Pasco et al. (2004), exposent également le langage du regard. Dans certaines cultures, comme dans l'exemple de cette recherche, celle des philippins, ce langage est une notion ayant beaucoup d'importance pour certains patients. Les soignants doivent donc veiller à ne pas oublier cet élément pour ne pas engendrer d'éventuels conflits suivant la manière qu'ils ont de regarder le patient par exemple. Le fait de regarder dans les yeux, en ne fixant tout de même pas la personne, peut satisfaire les souhaits qui sont variables selon les cultures. (Coutu-Wakulczyk, 2003) L'écriture a également été utilisée mais l'analphabétisme est parfois présent, ce qui rend cette stratégie quelque peu inadéquate (Richardson et al. 2006).

La famille est également une stratégie utilisée par les professionnels pour transmettre les messages (Cioffi, 2003 ; Pasco et al. 2004 ; Vydelingum, 2006 ; Richardson et al. 2006). Son utilisation est parfois considérée comme inadaptée et déconseillée par la politique de certains établissements (Cioffi, 2003). Comme pour la communication verbale, l'utilisation de la famille comme intermédiaire et traductrice sera vue différemment selon les cultures. Dans la recherche de Pasco et al. (2004), ce recours est primordial au début de la

relation de soin. Il est nécessaire de passer par cette étape pour que le soignant puisse par la suite construire une relation avec le patient. Nous suggérons donc que les professionnels de la santé doivent également veiller à la façon dont la communication doit être initialement engagée dans la relation. Tout dépendra de la culture à laquelle le patient est issu. Le modèle transculturel de Purnell (s.d) expliqué par Coutu-Wakulczyk (2003), n'aborde pas l'utilisation de la famille comme intermédiaire de communication. Il s'agit peut être d'un manque concernant ce modèle où alors ce mode de communication n'a pas été suffisamment observé pour l'intégrer dans ce modèle, diverses hypothèses pourraient être faites.

Une dernière stratégie est exposée dans plusieurs recherches. Celle de l'emploi d'interprètes et de professionnels bilingues pour permettre entre autre la transmission d'informations (Jones, 2008 ; Cortis, 2004 ; Blackford, 2003 ; Cioffi, 2003 ; Richardson et al. 2006). La communication fait intervenir le langage et celui-ci est composé de divers dialectes. Le soignant doit savoir cela et en être conscient, notamment par rapport à la difficulté qui peut apparaître. Le recours à des services d'interprétariat est donc conseillé (Coutu-Wakulczyk, 2003). Le risque de ne pas utiliser une telle stratégie pour les soignants est de se faire une mauvaise interprétation de certains actes effectués par les personnes soignées par exemple (Blackford, 2003). Cependant, il arrive que dans certaines cultures, l'utilisation de telles personnes contredit leurs valeurs (Richardson et al. 2006). Certains professionnels sont conscients de l'importance que représente la communication dans les soins et parlent également de l'influence de ces services sur la qualité des prestations (Cioffi, 2003). Un lien entre cette prise de conscience et le modèle transculturel de Purnell peut être fait. En effet, Purnell (1998) cité par Coutu-Wakulczyk (2003), expose quatre étapes de développement vers une compétence culturelle acquise. L'étape du développement de la compétence consciente, soit la troisième étape, se rattache à ce qui est exposé ici. « L'évolution progressive est la compétence consciente, menant à la capacité d'apprendre et de générer des éléments de la culture susceptibles de fournir des interventions culturellement spécifiques » (Purnell, 1998 cité par Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 34). Le fait que les soignants, selon Cioffi (2003), soient conscients que la

communication est un élément spécifique à la culture et qu'elle peut influencer leur offre en soins représente ainsi l'étape de la compétence consciente.

Au sein de cette recherche, il est également exposé que lorsque la communication engendre des difficultés de compréhension, certain sentiment émerge de la part des deux individus formant la relation. La frustration est le sentiment qui est souvent ressenti de la part des deux parties (Cioffi, 2003).

La culture

La culture est une des pièces faisant partie de la structure des soins (Rohrbach, 1999). Les résultats de Cortis (2004) mettent en évidence le fait que chaque individu aura une vision différente de ce qu'est la culture et cela notamment par rapport aux termes qui la qualifient mais également aux spécificités qu'elle peut englober. Selon Purnell (1998) cité par Coutu-Wakulczyk (2003), « la culture guide la perspective, la vision du monde et la prise de décision » (p. 34). Nous sommes d'avis qu'un élément peut être rajouté à cette phrase ; la culture guide la pratique soignante. Mohammadi et al. (2007) parlent de diversité culturelle et exposent son influence sur les besoins des patients. Ces derniers augmentent de plus en plus notamment en raison d'une société devenant toujours davantage multiculturelle. Dans leur recherche, ils décrivent l'exemple de la culture islamique. Celle-ci est considérée comme étant un dilemme en raison de l'intégration des éléments spécifiques à cette culture au sein d'un système occidental.

Dans le modèle de Purnell exposé par Coutu-Wakulczyk (2003), la culture n'est pas un élément développé individuellement mais ce modèle parle de douze « domaines culturels » qui sont partagés par chaque culture (p. 37). Les résultats des recherches mettaient également en évidence des sous-groupes faisant partie de la culture, ces derniers ont été séparés en trois catégories : les croyances, la spiritualité et la famille.

Au sujet des croyances, diverses études ont approfondi ce sujet (Cioffi, 2006 ; Cortis, 2004 ; Mohammadi et al. 2007 ; Vydelingum, 2006 ; Richardson et al. 2006). Cortis (2004) expose une image des résultats portant sur le sujet des croyances et explique que la différence de l'autre est souvent mise en lumière au lieu de le faire également pour ce qui peut être semblable et applicable à

soi-même. Dans quelques résultats, il est exposé que les croyances peuvent engendrer des difficultés au sein de la pratique soignante. Cortis (2004) donne l'exemple de la gestion de la douleur. Il expose une situation de soins intégrant la croyance que des patients d'origine pakistanaise ressentaient la douleur à un faible niveau. La représentation des professionnels de santé a induit une mauvaise prise en charge de la douleur. Richardson et al (2006) mettent en évidence l'incidence des croyances de patients qui ont interféré le consentement à un traitement adéquat. Nous constatons qu'il est difficile pour les soignants de ne pas porter de jugements. Cependant, il est parfois complexe d'aller dans le même sens que le patient alors que les soignants ont une toute autre vision par rapport au choix de traitement. Cela est également influencé par leurs connaissances, leurs expériences et donc leur vécu. Il est expliqué dans cette même recherche qu'il est parfois difficile pour les professionnels d'adhérer aux représentations du patient. Dans le modèle de Purnell (Coutu-Wakulczyk, 2003), les croyances se retrouvent dans le domaine culturel des « pratiques de soins de santé ». Un lien avec le thème de la gestion de la douleur peut être fait. En effet, les croyances que peuvent avoir des patients par rapport à la santé sont à l'origine reliées aux valeurs ainsi qu'aux croyances traditionnelles. Concernant la prise en charge de la douleur, il serait judicieux que les soignants effectuent des observations ingénieuses combinées d'une évaluation appliquée de la santé du patient pour évaluer de façon individuelle le niveau de tolérance de la douleur. Les professionnels devraient également approfondir la signification que les patients donnent à la douleur pour leur permettre de comprendre certains comportements par rapport à la douleur et ainsi cela permettrait de prodiguer des soins de manière culturellement sensible et compétente. Les soignants doivent aussi veiller à ne pas être influencés par des hypothèses de croyances par rapport à la santé mais doivent prodiguer une offre soignante en englobant les coutumes et les croyances culturelles dans leur approche des soins.

Dans les résultats, il est arrivé que la spiritualité soit vue comme un challenge par certains soignants. Malheureusement, celle-ci a été parfois interprétée d'une façon erronée. Quelques professionnels pensent qu'une offre en soins englobant une sensibilité culturelle et spirituelle peut avoir une influence positive sur la récupération du patient. Cependant, d'autres n'ont pas cette

même représentation et expriment que la culture n'adhère pas à l'offre en soins (Cortis, 2004). La méconnaissance des spécificités de certaines cultures, concernant ici la religion, peut induire une déficience dans la prise en considération des besoins spirituels et donc compromettre une prise en soin adaptée. Les résultats démontrent également que des difficultés peuvent surgir durant la durée de l'hospitalisation pour respecter certaines pratiques religieuses (Mohammadi et al. 2007). En effet, dans le modèle de Purnell explicité par Coutu-Wakulczyk (2003), un domaine représente la spiritualité et indique que les professionnels de la santé ayant conscience des pratiques et besoins spirituels de leurs patients auront la capacité de prodiguer des soins qui sont culturellement compétents. Nous considérons ainsi qu'il est nécessaire pour les soignants de respecter ces éléments en s'abstenant de tous jugements à connotation négative. Le modèle aborde également l'influence de la spiritualité sur la santé et explique que « les pratiques qui interfèrent avec la vie spirituelle personnelle, non seulement nuisent au rétablissement, mais favorisent aussi la présence de la maladie physique » (Coutu-Wakulczyk, *ibid.* p. 45).

Concernant le dernier thème, la famille, il s'agit d'un des aspects macroscopiques et microscopiques du modèle de Purnell. (Coutu-Wakulczyk, 2003) Pour lui, la famille « se définit comme étant deux personnes ou plus, émotionnellement impliquées. Une famille peut inclure dans la parenté des personnes émotionnellement proches, avec ou sans liens directs sanguins ou de mariage [...] » (p. 37). Dans les résultats des recherches, les soignants ont parfois eu des difficultés quant aux rôles définis notamment par rapport au genre au sein de certaines familles. Blackford et al. (2003), exposent cela et donnent l'exemple d'une soignante qui observe que dans certaines familles le rôle de l'homme est plus important que celui de la femme ce qui contredit sa vision personnelle à ce sujet. Une vision de la famille étant occidentale, où le rôle de la femme a pris davantage de place au sein de la famille ainsi que dans la société. Quelques difficultés sont également apparues par rapport aux rôles des parents. Il est arrivé qu'un père ne change pas les langes de son enfant considérant qu'il ne s'agissait pas de son travail. Les familles de type patriarcal ont parfois engendré des conflits de valeurs pour le personnel soignant. Dans le document de Coutu-Wakulczyk (2003) où le modèle de Purnell est explicité, il

est expliqué que la structure de la famille définit les rôles, les primautés et les règles comportementales qui sont acceptées. Le fait d'avoir conscience des rôles prédéfinis au sein de la famille est important pour les soignants et permet notamment de savoir avec qui il sera possible d'avoir une discussion conséquente au sujet de la prise en soins, d'un traitement ou autre. La famille est parfois vue comme la base selon les origines. Pasco et al. (2004) donne l'exemple des familles philippines. Celles-ci sont très présentes et ont certaines règles bien précises concernant leur rôle. Il y a entre autre la situation du rôle de la famille lorsqu'il s'agit de soins intimes. La famille effectue ces soins en raison d'une gêne qui pourrait être ressentie par le patient de se faire laver par exemple par quelqu'un qui n'est pas l'un des leurs. L'absence de la famille, chez cette ethnie, peut avoir une incidence au niveau moral de la personne soignée. La vision des professionnels, quant à la famille, varie. Certains la voit comme une ressource considérable, d'autres comme un obstacle dérangeant la routine des services (Vydelingum, 2006). Dans le modèle de Purnell (Coutu-Wakulczyk, 2003) il est exposé que la famille élargie est une notion primordiale dans certaines cultures. Nous constatons donc qu'il est important pour les soignants de ne pas minimiser cette importance mais de l'intégrer dans le processus de soin.

Les conflits soignant-soigné

Divers conflits apparaissent dans les recherches. Les plus transcendants sont ceux concernant le genre du soignant ainsi que de la visite des familles (Cioffi, 2006 ; Cortis, 2004 ; Mohammadi et al. 2007). La visite de la famille est ressentie comme primordiale pour certains patients notamment en raison du soutien qu'elle peut leur apporter (Cioffi, 2006). Les soignants sont parfois conscients de ce besoin culturel où d'autres sont critiques à l'égard de ce besoin de présence et disent se sentir quelques fois en difficulté pour satisfaire les besoins de tous les patients présents dans la chambre car des doléances sont tantôt exprimées (Cortis, 2004). Le lien que le modèle de Purnell (Coutu-Wakulczyk, 2003) fait avec la famille a déjà été exposé dans le point précédent, soit : « la famille étendue est très importante dans certaines cultures [...], » ceci ne devant pas être négligé de la part des soignants, notamment pour le bien être psychologique du patient (p. 40).

Le genre a parfois de grandes incidences dans les relations soignant-soigné. Mohammadi et al. (2007), Cortis (2004) et Cioffi (2006) exposent cela dans leurs résultats. Les difficultés liées au genre apparaissent la plupart du temps lorsque des soins intimes doivent être prodigués par un soignant de sexe opposé. Il est donc probable que la personne soignée se sente mal à l'aise et soit contrariée, ce qui risque d'engendrer des conflits inutiles.

Le professionnel de santé est dans le devoir de connaître et d'avoir du respect par rapport aux différences perçues entre les personnes de sexe masculin ou féminin dans leur offre en soin censée être culturellement compétente. Il serait donc plus adéquat d'adapter le genre du soignant à la personne soignée (Coutu-Wakulczyk, 2003). Cette approche permettrait aux soignants d'éviter des discordes.

Les problèmes d'exclusion

La notion du racisme est apparue dans deux recherches (Cortis, 2004 ; Vydelingum, 2006). La prise de conscience de l'existence de ce phénomène apparaît dans les deux écrits et par le même processus. Tout d'abord, le racisme est nié et n'existe pas dans le cadre des soins, du moins n'a pas été observé. Puis au fil des discussions des professionnels, certains amènent que le racisme est un phénomène pouvant s'exercer dans les différents échelons de la société donc pourquoi pas dans les soins. Une partie des soignants exposent également des situations de leur pratique. Les médias joueraient un rôle par rapport à la considération du racisme en tant que problème. Ces derniers influenceraient le raisonnement de chacun (Cortis, 2004). Il arrive également que des stéréotypes apparaissent dans les discussions faites dans le cadre des recherches et que ces derniers induisent des obstacles de type culturel dans le soin et interfèrent la réalisation de soins congruents. Aucun point dans le modèle de Purnell n'aborde clairement le thème du racisme. Cependant, au sein de la catégorie « pratiques de soins de santé » il est exposé que les professionnels de la santé doivent éluder de se centrer sur des hypothèses au niveau des croyances mais devraient davantage intégrer les coutumes et croyances au sein de leur offre en soin. Le manque ou carrément l'absence de respect des valeurs, coutumes et croyances des personnes soignées risque

d'engendrer des erreurs quant au diagnostic et une collaboration pauvre entre soignant-soigné (Coutu-Wakulczyk, 2003). Une recherche ressort les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins (Carde, 2007). Elle aborde notamment le sujet des assurances maladies offertes par l'aide sociale à certaines personnes d'origine étrangère. Ces personnes doivent faire face à des critiques liées à la croyance qu'elles immigreront afin d'avoir accès de manière exagérée aux soins et qu'elles coûtent chères à la société. Toute personne vue comme étrangère risquera de devoir faire face à de telles représentations. De même que le fait d'avoir l'air d'être d'origine étrangère influence le choix du service de soins qui sera conseillé à ces personnes. Les personnes dites étrangères ne bénéficieront parfois pas des mêmes soins que « monsieur et madame tout le monde » selon l'argument qu'elles peuvent recevoir un service adapté à leur dissemblance. Des stéréotypes vont donc s'exercer en raison d'une discrimination faite selon l'origine. Les discriminations liées à l'origine peuvent également se joindre à la précarité. Ces dernières touchent souvent les personnes étrangères quand elles sont dans la précarité. Dans ce cas, les institutions jouent également leur rôle notamment en raison de leur dysfonctionnement. Une personne profitant d'une assurance maladie de l'aide sociale ne doit pas faire une avance de frais pour la consultation chez un médecin pourtant certains médecins, sachant que l'assurance va probablement avoir du retard dans son remboursement, demanderont tout de même une avance avec la plupart du temps un dépassement des coûts initiaux. Un des items faisant partie du modèle transculturel de Purnell est celui qui est nommé « vue générale » et qui englobe entre autre les conditions de nature économique et politique. Avec ce qui vient d'être exposé concernant les assurances maladies liés au statut d'étranger, un lien peut être créé avec le modèle en raison de l'influence que la politique peut avoir sur les réactions comportementales des individus (Coutu-Wakulczyk, 2003).

Il faut agir avec prudence, étant donné les caractéristiques primaire et secondaire de la diversité culturelle et éviter les idées préconçues et stéréotypées qui pourraient être à des lieux des croyances et des valeurs d'un individu ou d'une famille en particulier (Coutu-Wakulczyk, 2003, p. 38).

La politique et l'économie ont le risque d'influencer les idées de certaines personnes. De notre point de vue, les professionnels de la santé doivent en être conscients et éviter toute influence de ce type dans la prise en soins. Idéalement, chacun devrait pouvoir bénéficier de soins égaux et justes quelle que soit son origine.

Les connaissances et compétences culturelles

Ce thème n'est pas abordé par toutes les recherches, mais certaines exposent une bonne connaissance des principes de bases selon certaines cultures, en exemple la culture hispanique ou islamique (Jones, 2008 ; Cortis, 2004). Cependant, des lacunes sont également mises en évidence par rapport à certains principes comme ceux de l'alimentation « hallal » dans l'exemple de la culture islamique (Cortis, 2004). Dans la recherche de Pasco et al. (2004), certains soignants étaient tout de même conscients d'une des normes primordiales de la culture philippine, celle de devoir être considéré comme « l'un des leurs » pour permettre une relation où le patient peut pleinement exprimer ses besoins et ressentis. Diverses initiatives se sont mises en place, selon les recherches, afin de permettre des soins qui sont davantage adaptés à la culture et qui sont donc congruents. Le maintien de la communication dans la langue de la personne soignée en fait partie. Cela a été possible notamment grâce aux capacités personnelles des soignants au sujet de la langue, à des explications écrites bilingues, au soutien de traducteurs et de professionnels bilingues, à un plan de communication créé avec l'aide des familles... (Jones, 2008 ; Cortis, 2004). Dans la recherche de Jones (2008), l'institution a également joué un rôle par rapport à la mise en place de certaines initiatives comme l'enseignement de cours de langue par exemple. Il est de même pour la recherche de Vydelingum (2006) au sujet de la mise en place de repas asiatiques dans le choix des menus et la nomination d'un conseiller multiculturel à la commission de la santé. D'autres idées de changements étaient proposées également de la part des soignants : calendrier de fêtes religieuses, feuille de normes de soins en relation avec les besoins spirituels,...

Une conscience erronée de ce qu'est l'équité a été mise en évidence, celle de soigner tout le monde de la même manière. Ce phénomène risque d'empêcher

l'offre de soins culturellement adaptés à chacun. De même que pour le manque de connaissances spécifiques aux cultures qui mènent à des malentendus qui risquent de se transformer en préjugés (Vydelingum, 2006).

Peu de recherches s'expriment au sujet de la formation des professionnels de la santé au sujet de la compétence culturelle. Cependant, il a été mis en évidence qu'il y a une réelle demande de la part de certains soignants que cet aspect soit davantage approfondi lors de la formation initiale mais également poursuivie dans le cadre de formations continues (Richardson et al. 2006).

Comme il est expliqué dans l'écrit de Coutu-Walkulczyk (2003), le phénomène de la diversité culturelle rencontré dans les soins est d'une très grande importance. Il est ainsi évident que les professionnels de santé doivent être conscients des différences culturelles.

Cette situation prévôt tant aux plans des services et de l'administration que de la formation des professionnels car l'ouverture consciente à la diversité culturelle améliore d'autant le potentiel des travailleurs de la santé à fournir des soins culturellement compétents et l'efficacité des soins (p. 34).

La mise en évidence de l'importance de l'offre de soins culturellement compétents est depuis longtemps effectuée de la part des sciences infirmières (Coutu-Walkulczyk, 2003). Il est donc primordial de perpétuer une telle idée afin que chaque groupe culturel puisse bénéficier de soins adaptés.

5.3 Réponse à la question de recherche

Les résultats recueillis dans l'analyse des diverses recherches ont permis d'exposer les difficultés qui peuvent être vécues, autant de la part de la personne soignée que du professionnel de santé, au sein d'une relation où la culture diffère. Ces résultats ont également pu mettre en évidence la présence possible de comportements racistes et discriminatoires au sein de la relation de soin mais également dans les structures qui l'entoure comme pour l'exemple des assurances maladies. Il a également été démontré qu'il y a parfois incidence sur la qualité des soins prodigués. Les diverses difficultés émanent parfois d'un manque de connaissance et de compétence culturelle. Sont

également ressortis, les diverses stratégies utilisées pour pondérer ces complexités.

Divers thèmes représentent les résultats les plus transcendants au sein des recherches : La communication comprenant le langage corporel et l'écriture, la famille ainsi que les interprètes et les professionnels bilingues ; la culture qui comprend les croyances, la spiritualité et la conception de la famille ; les conflits soignant-soigné ; les problèmes d'exclusion et pour terminer les compétences et connaissances culturelles.

La question de recherche était :

« L'origine culturelle a-t-elle une influence sur la relation soignant-soigné ? »

Les divers résultats des recherches ont ainsi permis de répondre à cette question. En prenant le risque de paraître affirmatif, notre réponse serait un oui en raison des influences et des conséquences de l'origine culturelle dans la relation de soin qui ont été mises en évidence à travers ce travail.

6 Conclusion

Dans le dernier chapitre de ce travail, les conséquences pour les soins infirmiers ainsi que la nécessité de recherches supplémentaires vont être exposés. Pour terminer, les points forts et les points faibles de cette revue seront présentés ainsi qu'une note personnelle de l'auteur.

6.1 Conséquences pour les soins infirmiers

Les divers résultats récoltés au sein des recherches sélectionnées pour ce travail exposent clairement que l'origine culturelle influence la relation de soin et qu'elle engendre des conséquences. A travers les écrits, les difficultés sont mises en évidence entre autre à travers le retour d'expériences des individus ayant rencontré l'interculturalité dans leur relation. Il a été démontré à travers cette revue de littérature étoffée que des problématiques apparaissent dans la relation en raison des différences culturelles et que celles ci peuvent engendrer des comportements discriminatoires. Le postulat que la santé n'est pas protégée contre la présence de discrimination est donc bel et bien réel dans notre société et donc dans nos soins (Commission fédérale contre le racisme, 2004).

De plus en plus de soins sont prodigués à des personnes de culture différente (Commission fédérale contre le racisme, 2004). La nécessité de mettre en place des formations portant sur l'interculturalité paraît donc évidente. Nous considérons que la capacité d'évaluer les besoins interculturels des personnes soignées doit être acquise par les professionnels de santé afin de pouvoir offrir des soins qui soient dignes d'être considéré comme culturellement compétents. Au sein des cursus de formation actuelle, des modules portant sur le sujet sont de plus en plus intégrés. Ce besoin est également mis en évidence dans les écrits cependant dans celui de Richardson et al, (2006) il est demandé de mettre en place des formations continues visant à poursuivre l'apprentissage des soins congruents à la culture. En effet, nous sommes également d'avis que la formation continue est une stratégie qui permet de perfectionner les professionnels dans leur contact aux personnes originaires de diverses cultures. Ainsi, il serait peut être positif de réévaluer le cursus de formation continue afin de réaliser des mises à jour régulières des connaissances. Ce

paragraphe démontre l'importance de la formation du personnel de santé et également de la nécessité de réaliser des évaluations des formations.

La difficulté de la communication a été un des sujets étant le plus abordé dans les résultats. Ceci met en lumière la nécessité d'avoir accès à des services de traduction de qualité et accessibles pour un maximum de langues différentes. Ainsi, lorsque la communication est possible, les soins de qualité le sont également si les besoins culturels des personnes soignées peuvent être entendus.

Bien sur le savoir au sujet des principaux besoins spécifiques à chaque culture est essentiel. Cependant, nous estimons qu'il est important que les professionnels de la santé n'oublient pas une chose ; la personne soignée est une personne unique. Un besoin spécifique à une culture ne signifiera pas que la personne qui en fait partie adhère à ce même besoin. Là est la nécessité d'être conscient que nous sommes tous différents et que chacun doit être traité comme étant une personne à part entière. Ce qui met en lumière l'importance d'écouter les besoins propres à chaque personne soignée.

6.2 *Besoins de recherches futures*

Les diverses recherches sélectionnées portaient sur les influences et conséquences de l'origine culturelle sur la relation soignant-soigné. Notamment du fait qu'il s'agisse de recherches à devis qualitatif, la plupart des échantillons étaient de petite taille ce qui rend les données difficilement généralisables. Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle. C'est-à-dire avec un échantillon de plus grande ampleur afin d'évaluer si les résultats récoltés dans ce travail se retrouvent chez une plus grande majorité de soignants ou soignées.

Aucune recherche pertinente portant sur ce sujet et réalisée en Suisse n'a été trouvée. Une recherche en Suisse serait intéressante notamment en vue de ce que l'office fédéral de la statistique (OFS, 2010) expose quant à l'accroissement de la population d'origine étrangère en Suisse, soit de 4,2 % durant l'année

2008. Une liste⁷ extraite du site internet de l'OFS (2010) expose les différentes nationalités présentes au sein de la Suisse en 2008. Ces informations montrent que la Suisse est un pays de plus en plus multiculturel. Il serait bénéfique de voir si cela a la même influence que celle retrouvée dans les recherches d'autres pays.

Une revue de littérature étoffée ciblant uniquement les besoins culturels des personnes soignées pourrait peut être permettre une meilleure vision des stratégies permettant de pondérer aux difficultés rencontrées dans une relation interculturelle et répondre aux besoins de chacun. Cela pourrait également permettre la mise en place de guide spécifique à diverses cultures. Cependant, comme il a déjà été dit au sein de ce travail, avoir un guide risque d'entraver le fait de considérer la personne comme étant unique et referme les perspectives de découverte des besoins propres à l'autre. En restant ciblé sur les recherches portant sur les personnes soignées, il serait également attrayant de réaliser une revue de littérature étoffée sur des études interrogeant les patients au sujet de la discrimination dans le cadre des soins. Ainsi cela permettrait de savoir si les patients perçoivent ce type de comportements au sein de leur hospitalisation, de savoir également s'ils en sont victimes et pour finir de voir davantage comment ils le vivent.

Dans les recherches sélectionnées pour cet écrit, toutes n'amènent pas clairement la présence de discrimination se jouant dans le domaine des soins. En outre, ce travail avait en quelque sorte également comme but de voir si ce sujet était abordé au sein des recherches. Plus précisément, si les discriminations présumées étaient liées à la différence culturelle des individus au sein de la relation de soin. Ceci serait une autre piste de recherche afin de pouvoir observer si des comportements discriminatoires se déroulent explicitement dans les soins ou si ces derniers sont toujours dissimuler derrière le voile que peut être le déni.

Diverses notions relatives à l'influence de l'origine culturelle au sein de la relation peuvent encore être discutées et approfondies. Toutefois, ce travail

⁷ Cette liste se trouve dans l'annexe 8.4 à la page 177.

portait dans un premier temps à exposer les influences que l'origine culturelle pouvait avoir dans les soins et également ses conséquences. Exposer ne signifiait pas uniquement de montrer un phénomène mais également de provoquer la réflexion chez tout professionnel de santé sur leur pratique et sur leurs propres représentations. Une dernière suggestion de recherche serait celle qui porterait au sujet des représentations personnelles des soignants, sur une remise en question de leurs propres valeurs et en quoi ces dernières influencent leurs soins principalement lorsqu'elles se rencontrent à celles de l'autre.

6.3 Points forts et points faibles de ce travail

D'un point de vue méthodologique, certaines recherches manquaient de rigueur quant à leur structure, comme par exemple la présence des aspects éthiques. Toutefois, les recherches dépourvues de certains éléments, comme dans l'exemple qui précède, ont tout de même été sélectionnées. Leur sélection a été maintenue pour la valeur de leur contenu qui était intéressant à approfondir pour en extraire des éléments pertinents en vue de la rédaction de cette revue de littérature étoffée.

Les recherches choisies dataient de l'année 2003 à l'année 2008. Ceci a permis de mettre en évidence un phénomène actuel. Cependant, il aurait été intéressant d'élargir la sélection à des dates de parution plus anciennes afin de voir l'évolution des écrits dans ce domaine.

Comme il est expliqué précédemment, aucune recherche sélectionnée ne s'est déroulée en Suisse. Il aurait été intéressant de voir si le thème de ce travail concerne également la pratique au sein de notre pays. Toutefois, les divers résultats se rejoignent souvent pour la majorité d'entre eux. Ainsi, il est probable que l'on retrouverait ces résultats en Suisse, notamment du fait que les pays⁸ dont sont issues les recherches vivent tous une croissance au niveau de la multiculturalité semblable à la Suisse.

⁸ Etats-Unis, Australie, France, Canada, Angleterre.

Finalement, la réalisation de cette revue étoffée de littérature est expérimentée pour la première fois. Il est donc probable que ce travail ne soit pas parfaitement effectué et donc qu'il peut comporter des lacunes.

6.4 *Le mot de l'auteur*

Comme il est expliqué au sein de mon introduction, le choix de ce sujet a été influencé par une expérience personnelle dans ma pratique en tant que stagiaire infirmière. Ainsi, j'avais le désir de connaître clairement les difficultés rencontrées dans la pratique soignante lors d'une rencontre interculturelle mais également de découvrir qu'est ce qui pouvait provoquer de tels problèmes dans cette rencontre de la culture de l'autre. J'ai pu ainsi, grâce à ce travail, assouvir mon envie de connaissance sur ce sujet.

Cet écrit m'a également permis de découvrir les besoins, ressentis et difficultés de l'altérité. L'altérité, c'est-à-dire la personne qui est en face de nous lorsque nous prodiguons nos soins. Cela m'a permis de réaliser qu'il est important de s'ouvrir à l'autre. S'ouvrir à l'autre, c'est-à-dire se dévoiler soi-même mais également être ouvert à ce que l'autre le fasse.

7 Bibliographie

7.1 Ouvrages

- ◆ Commission fédérale contre le racisme (1996). *Tangram: bulletin de la commission fédérale contre le racisme*. Bern: Commission fédérale contre le racisme.
- ◆ Commission fédérale contre le racisme (2004). *Tangram: bulletin de la commission fédérale contre le racisme, santé*. Bern: Commission fédérale contre le racisme.
- ◆ Confédération Suisse, service de lutte contre le racisme (2009). *Guide juridique : discrimination raciale*. Berne : Service de lutte contre le racisme SLR, département fédéral de l'intérieur.
- ◆ Brignon, J. (2007). *Petit Précis de santé publique*. Pays Bas : Editions Lamarre.
- ◆ Eckmann, M. & Esser Davolio, M. (2002). *Pédagogie de l'antiracisme, aspects théoriques et supports pratiques*. Genève: ies éditions.
- ◆ Giger Newman J. & Davidhizar E. R. (1991). *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*. Paris : Editions Lamarre.
- ◆ Fellay, G. & Arlettaz, A. (1991). *L'étranger et nous*. Lausanne : éditions Entraide.
- ◆ Leman, J & Gailly, A. (1991). *Thérapies interculturelles, l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Bruxelles : Editions universitaire, De Boeck.
- ◆ Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck C. (2007). Chapitre 7: Trouver de la documentation et en faire l'analyse. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp. 138-157). Québec: ERPI.
- ◆ Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1995). *La relation soignant soigné*. Paris: éditions Lamarre.

- ♦ Massé, R. (2003). *Ethique et santé publique, enjeux, valeurs et normativité*. Canada : Les presses de l'Université Laval.
- ♦ Salvador, G. & Shimon-Dolan, L. (1999). *La gestion par valeurs, une nouvelle culture pour les organisations*. Montréal : éditions nouvelles.
- ♦ Tison, B. (2007). *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- ♦ Wieviorka, M. (1998). *Le racisme, une introduction*. Paris: La Découverte.

7.2 Articles

- ♦ Blackford, J. (2003). Cultural frameworks of nursing practice : exposing an exclusionary healthcare culture. *Nursing Inquiry*, 10, 236-244.
- ♦ Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé publique*, 19, 99-109.
- ♦ Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting : nurses'experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.
- ♦ Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 319-325.
- ♦ Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 51-58.
- ♦ Coutu-Wakulczyk, G., (2003). Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*. 72, 34-47.
- ♦ Jones, S. M. (2008). Emergency nurses'caring experiences with Mexican American patients. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 199-204.
- ♦ Mohammadi, N., Evans, D. & Jones, T. (2007). Muslims in Australian hospitals : the clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 310-315.

- ♦ Pasco, A. C, Morse, J. M. & Olson, J. K. (2004). The cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 239-246.
- ♦ Richardson, A., Thomas, V. N. & Richardson, A. (2006). « Reduced to nods and smiles » : experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 93-101.
- ♦ Rohrbach, C. (1999). *Soigner, c'est l'expérience de se comprendre soi-même par le détour de l'autre*. Recherche en soins infirmiers, 56, 81-87.
- ♦ Vydelingum, V. (2006). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*, 13, 23-32.

7.3 Polycopiés/ documents de cours:

- ♦ Guigoz, M. Haute école de santé Fribourg (2007). *Guide de présentation des travaux et des références bibliographiques*. Fribourg: Haute école de santé Fribourg.
- ♦ Matter, C. (s.d.). *Concepts interculturels*. [Polycopié]. Fribourg: Haute école de santé Fribourg.

7.4 Pages internet

- ♦ Observatoire Suisse de la santé. Office fédéral de la statistique. (2010) *La santé en Suisse, rapport national sur la santé 2008*. [Page WEB]. Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/02/06/01.Document.114446.pdf>. [Page consultée le 13 juin 2010].
- ♦ Office fédérale de la statistique. (2010). *Etat et évolution de la population*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsgsstand.html>. [Page consultée le 13 juin 2010].

♦ Organisation mondiale de la santé (2010). *La définition de la santé de l'OMS*. [Page web]. Accès: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. [Page consultée le 14 mai 2009].

8 Annexes

8.1 *Déclaration d'authenticité*

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées ».

Caroline Brodard

8.2 Trames de synthèse d'articles

No 1	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication Pays	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats
	▶ Jones SM ▶ Emergency Nurse's caring experiences with mexican american patients ▶ <i>Journal of emergency nursing</i> ▶ Juin 2008 ▶ Indiana, Etats-Unis	▶ <i>Questions</i> : Quelles expériences de soins d'infirmières urgentistes aux patients américains-méxicains et les principaux thèmes de ces expériences ? / Comment les grands thèmes qui caractérisent l'expérience de la prise en charge des patients américains-méxicains se rapportent à des soins culturellement compétents ? ▶ <i>Buts</i> : Comprendre l'expérience des infirmières et infirmiers	▶ 5 Infirmières caucasiennes non-hispaniques intégrées dans un service d'urgence dans le Midwest soignant une 1 ^{ère} ou 2 ^{ème} génération de patient mexicain américain en Novembre 05. ▶ Critères inclusion : (1) Caucasiennes, infirmières non hispaniques. (2) Au moins 1 an d'expérience aux urgences à plein temps. (3) Née dans au moins la 3 ^{ème}	▶ Etude qualitative ▶ Approbation obtenue par le comité d'examen institutionnel de l'hôpital avec l'exigence du respect de l'homme. ▶ Les participantes ont donné un consentement éclairé et choisi pseudonyme pour la confidentialité.	▶ Interviews de 30-45 minutes avec des questions ouvertes et réalisées dans cadre privé du service ou dans une salle d'étude à la bibliothèque publique. ▶ Les interviews ont été enregistrées par bande audio. ▶ Quatre des cinq interviews ont été réalisées 1 semaine après le soin pour aider à la justesse du souvenir des infirmières, l'autre durant une période de 2 semaines après le	▶ 4 des 5 participants→44 à 52 ans ainsi que 16 années d'expériences. 3 participants→27 ans ainsi que 2 ans d'expériences. ▶ Niveau de scolarité : degré baccalauréat en sciences en soins infirmiers (2), diplôme (2), degré associé(1). ▶ Travail de jour (2)-de nuit (2)-rotation des deux (1). ▶ Compétences en espagnol : rien-quelques mots-1 participant parlant à un niveau limité. Thèmes : la barrière linguistique, la continuité des soins et la connaissance culturelle limitée. <u>Barrière linguistique</u> ayant affecté tous les aspects du soin→préoccupation pour les participants. Les compétences en espagnol des participants et les ressources hospitalières ont affecté

		<p>urgentistes qui soignent des patients américains du Mexique</p>	<p>génération des américains des Etats-Unis→exception faite sur ce critère car peu de volontaires.</p> <p>► Les américains d'origine mexicaine dans cette étude sont des personnes d'ascendance mexicaine.</p>		<p>soin.</p> <p>► Question d'ouverture: "Partager l'histoire d'une expérience de prise en charge d'un patient d'origine hispanique au service des urgences dans la semaine écoulée et comment la culture de ce patient joue un rôle dans l'offre en soins?"</p> <p>► A la fin des entrevues, les participants ont rempli un profil démographique.</p>	<p>les méthodes utilisées pour surmonter les barrières linguistiques.</p> <p>► Méthodes: traducteurs-autres membres du personnel-traducteurs accompagnant le patient au service.</p> <p>1 participant parlait espagnol-1 utilisait les gestes de la main.</p> <p>► Barrière linguistique = obstacle aux soins durant la nuit.</p> <p>► Source de préoccupation→exactitude de la traduction de sources autres que les traducteurs de l'hôpital.</p> <p>► Une précision dans la traduction par le téléphone et un manque de contact du personnel→préoccupation pour l'utilisation du service d'interprétariat en ligne. (participants n'ont pas utilisé ce service récemment). L'utilisation de tout traducteur affecte la relation de soins établie entre l'infirmière-le patient. La capacité de parler espagnole renforce la relation.</p> <p><u>Continuité des soins</u> : Craintes liées au statut d'immigration pourraient interférer avec la continuité des soins. « un immigrant sans-papiers pourrait se montrer réticent à se faire soigner » / « nous vous aidons et c'est le plus important, que vous</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>soyez ici illégalement ou non ». <u>Connaissances culturelles limitées</u> :Tous étaient au courant des 3 principales caractéristiques de la culture hispanique. Leurs descriptions des interactions et des observations des familles hispaniques étaient des miroirs de modèles culturels de respect, personnalisme et de confiance. <u>Thèmes et compétence culturelle de soin</u> :Quand les participants ont été présentés devant la barrière linguistique, leurs propres compétences en espagnol et les ressources disponibles de l'hôpital, ces derniers ont influencés leurs actions. Tous ont montré préservation de la culture des soins en fournissant des instructions écrites à décharge bilingue en espagnol et en anglais pr leurs patients américains du Mexique. Des logements de soins culturels ont été montrés. L'hôpital a restructuré ses pratiques et a fourni des ressources (services de traduction-cours d'espagnol-décharge d'instructions bilingues)→soins culturellement compétents.</p>
--	--	--	--	--	--	---

No 2	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication Pays	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats
	<p>► Cioffi J. ► Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards ► <i>International journal of nursing practice</i> ► 2006 ► Australie, Sydney</p>	<p>► <i>Question</i> : Quelle sont les expériences de la relation des infirmières et des patients culturellement divers dans le processus de soins dans les services de soins de courte durée? ► <i>But</i> : Explorer le processus de soins avec des infirmières et des patients culturellement divers.</p>	<p>► Huit infirmières et leurs patients qui se sont portés volontaires. ► patients avaient été hospitalisés pendant au moins 3 jours, avec un nombre égal en provenance d'Asie et du Moyen-Orient de milieux islamiques. 7 étaient de sexe masculin et 1 de sexe féminin. Tous, sauf un patient, ont eu une hospitalisation antérieure en Australie où ils avaient résidé pendant plus de 10 ans. ► Quatre-vingts pour</p>	<p>► Etude qualitative ► Approbations éthiques obtenues par les services de santé de la région et de la recherche universitaire de l'homme et des comités d'éthique pour protéger les droits des participants. ► Infirmières et patients ont reçu des fiches d'informations et un formulaire de consentement. ► Codes numériques attribués pour l'anonymat.</p>	<p>► Etude qualitative, approche d'interprétation : explorer la relation infirmière-patient à l'intérieur d'un processus de soins dans la perspective de l'infirmière et la diversité culturelle du patient en phase aigue dans un service de soins dans un hôpital avec en arrière-plan une population élevée de patients non-anglophone. ► Critères de recrutement : infirmières : ayant soigné des patients de diverses cultures pendant au moins les 3/4 de leur</p>	<p>► Trois thèmes principaux ont été identifiés : ► <u>«Tensions partagées»</u> : différence raciale, la visite et le sexe du soignant. Tensions ressenties autour de la famille et des visites, cas de patients asiatiques. Le sexe de l'aidant principal était un problème avec les patients du moyen orient lors de soins personnels et d'éducation aux soins. ► <u>« La différence perçue »</u> : la culture et les croyances d'accompagnement. La perception de différences culturelles a été exprimée par 2 patients d'Asie et du Moyen Orient. Les croyances spécifiques à chacun ont été décrites. Les perceptions des infirmières des différences culturelles et leurs convictions. ► <u>«Prise de conscience »</u> : la langue et à un moindre degré le besoin d'information....Les patients et les</p>

			cent des infirmières avaient 3 ans d'expérience. Toutes étaient des femmes et avec des qualifications tertiaires, six avec des degrés et deux avec des diplômes. ▶ Cinq ont dit avoir reçu l'éducation sur les soins pour les patients de cultures diverses au sein de leurs programmes de sciences infirmières. ▶ Toutes les infirmières ont été dans une dyade ⁹ de soins avec leurs patients pendant au moins trois quarts de jour ou de soir.		hospitalisation actuelle. Patients : hospitalisés pendant au moins 3 jours en soins aigus, et avoir reçu les ¾ des soins prodigués par l'infirmière participante.	infirmières avaient un regard accru concernant ces 2 aspects. Certains patients ont montré qu'ils étaient conscients qu'ils avaient besoin d'éducation au sujet de leur condition, de leur gestion et de ce qu'ils doivent faire pour leur santé.
No 3	Auteurs Titre de la recherche	Question de recherche Hypothèses	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats

	Journal Année de publication Pays	Buts de la recherche				
	▶ Cortis J.D ▶ Meeting the needs of minority ethnic patients ▶ <i>Journal of advanced nursing</i> ▶ 2004 ▶ Royaume-Uni	▶ But : Enquêter/investiguer les expériences des infirmières dans les soins aux patients pakistanais hospitalisés dans le Yorkshire Ouest. ▶ Questions : Participants interrogés sur la culture, la spiritualité, leurs connaissances sur la communauté pakistanaise, leurs expériences des soins infirmiers auprès de patients pakistanais et la contextualisation des défis.	▶ Infirmières et infirmiers. ▶ Echantillon recruté à partir des soins aigus, soins intensifs et soins de réadaptation. ▶ Initialement 50 infirmières étaient sélectionnées mais l'échantillon a été réduit à 30 pour l'équilibre entre les trois paramètres cliniques. ▶ Les participants étaient formés à un niveau minimum de diplôme, ayant soigné un patient pakistanais au cours des 3 derniers mois et ayant eu un minimum d'expériences antérieures de 1	▶ Etude qualitative ▶ L'approbation du comité éthique a été acquise et chaque participant a reçu des informations sur la recherche. Un consentement écrit a été obtenu. ▶ L'assurance a été donnée sur le maintien de la confidentialité et les réponses ont été codées anonymement.	▶ Etude qualitative, approche d'interprétation ▶ Service de soins dans un hôpital avec en arrière-plan une population élevée de patients non-anglophones. ▶ Entretiens semi-structurés avec des questions complémentaires. ▶ Durée : 1 heure	▶ Quatre thèmes : ▶ «culture» et «spiritualité» spiritualité = défi des soins infirmiers, mal comprise et appliquée. Difficulté de relier ces deux concepts. Des soins sensibles culturellement / spirituellement peuvent influencer les taux de récupération → majorité des participants ne croient pas que la culture affecte/concerne les soins. ▶ <u>Connaissance de la communauté pakistanaise</u> ; inexactitudes et tendance à se concentrer sur le domaine de la «différence» de leur propre culture (principalement de l'Ouest). «Culture» perçue comme appartenant à l' «Autre». Manque de reconnaissance des besoins religieux de l'Islam. Vision des soignants : besoin de visiter des parents à l'hôpital est une « obligation» pour cette communauté. Les infirmières pensent que les Pakistanais sont «végétariens». La barrière de la langue, pauvre ou non-existence de maîtrise de l'anglais. Pakistanais=

			année.			<p>« rôle de malade »→Beaucoup de stéréotypes sont ressortis._ ▶ <u>Défis et déficits des soins infirmiers.</u> : différence de sexe, visite et présence de l'entourage notamment dans les soins, opinions partagés quant à la qualité du menu, gestion/prise en charge de la douleur→outils nécessitant une réponse verbale→difficulté de la langue, connaissances des besoins en diététique de cette communauté généralement faibles ou inexactes, besoins spirituels (manque connaissances-lieu...), communication=défi majeur, infraction potentielle de confidentialité avec une tierce personne.</p> <p>▶ <u>Possibles facteurs explicatifs</u> : «holisme»→application limitée à la pratique-pas une interprétation uniforme de ce concept-un système intégré, manque de compréhension de la culture-contrastes entre les visions de l'Ouest et les visions du monde non-occidental, éducation multiculturelle insuffisante, le racisme et les expressions s'y rattachant sont secrets.</p>
--	--	--	--------	--	--	--

No 4	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication Pays	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats
	<p>► Dr Blackford Jeanine</p> <p>► Cultural frameworks of nursing practice: exposing an exclusionary healthcare culture</p> <p>► <i>Nurging inquiry</i></p> <p>► 2003</p> <p>► Australie, Melbourne</p>	<p>► <i>Objectifs.</i> : décrire le processus d'analyse d'un projet de pratique féministe qui s'est appuyé sur les théories d'écrivains noirs féministes et postcoloniales ainsi qu'attirer l'attention sur liens plus larges entre la santé et les politiques gouvernementales, les multiculturelles, les structures institutionnelles et le microcosme de la pratique infirmière. Rencontres choisies pour illustrer la complexité des questions identifiées lors de réunions.</p>	<p>► Aucune restriction n'a été imposée sur le nombre d'infirmières, pas limité qu'aux femmes.</p> <p>► Sur les 26 l'un était un homme, sept étaient des NESB (milieu où l'on parle non anglophones).</p> <p>► Représentations de divers postes cliniques, une gestionnaire d'unité infirmière, deux infirmières enseignantes cliniciennes, et trois personnes permanentes de nuit.</p>	<p>► Recherche qualitative</p> <p>► Aspects éthiques pas investigués.</p>	<p>► Une méthodologie de pratique/praxis féministe a été utilisée dans l'étude (Lather 1991; Stanley et Wise, 1993), visant à impliquer les personnes → les infirmières.</p> <p>► 5 groupes de collaboration ont été formés, composés de quatre à six membres.</p> <p>► Rencontre tous les 15 jours durant 7 mois.</p>	<p>► <u>Redéfinition question recherche</u>-Début Xxième siècle race=descripteur biologique (personne non anglophone) – séparés par les caractères héréditaires (peau, couleur cheveux...) – après 2^{ème} guerre mondiale race=marqueur de la différence, classement selon caractéristiques comportementales (langue, culture, religion) et le sexe=caractéristique biologique. – hiérarchie des rôles féminins et masculins – cadres culturels=construction particulière de la signification de la culture dans la pratique de soins – pratique infirmière survenue dans un établissement hospitalier créé par la relation de soins avec les structures institutionnelles qui ont été « créées par l'activité humaine » → ces groupes ont créé un terrain culturel instable ► <u>Construction d'une vision féministe postcoloniale</u></p> <p>C'est grâce à la ré-exploration des récits à travers une vision féministe que la culture de soins d'exclusions a été</p>

		<p>► <i>Question :</i> «Quels sont les cadres culturels de la pratique infirmière? » (les cadres culturels ont été construits de façon limitée par des marqueurs culturels de la race interconnectés, ville ethnique et le sexe)</p>				<p>exposée – indépendance des diverses colonies → une théorisation particulière s’est posée autour de la relation entre colonisateur et colonisé – l’utilisation de termes de milieux de la politique gouvernementale comme « personne d’origine non-anglophone,... » peut être considérée comme une stratégie de contrôle – NESB¹⁰ par moment marginalisés, invisibles et utilisés pour cacher nos propres pratiques culturelles – Une vision postcoloniale a fourni l’occasion d’engager des infirmières/infirmiers avec le luttes quotidiennes qui tentent d’offrir des soins culturellement appropriés et la production de la connaissance des « autres » crée par nos expériences de recherches par lesquelles nous sommes venus nous connaître nous-« mêmes » →processus réflexif avec un but d’exposer les cadres culturels de la pratique infirmière –</p> <p>► <u>Stratégies visant à exposer les cadres culturels</u> Pascoe :stratégies d’enseignements de soins concentrées uniquement sur l’exploration des comportements culturels de groupes ethniques particuliers→limite→position par rapport à la norme et les groupes</p>
--	--	--	--	--	--	---

¹⁰ Peuple d’origine culturelle et linguistique diverse.

						<p>ethniques considérés comme déviants – carrefour culturel quand 2 cultures se rencontrent comme dans les récits récoltés – ► Révision des données afin d’explorer le carrefour culturel :</p> <p>► <u>Positionnement culturel des soins infirmiers</u> positionnement culturel évident dans les récits (exemples présent dans la recherche : étiquettes attribuée en fonction des perceptions de comportement...) – actions mal interprétées quand pas d’interprètes présents mais la culture aurait créé le problème – ► <u>Contexte social et politique de la pratique infirmière</u> Les interconnexions entre les marqueurs formant les cadres culturels et le contexte social et politique provoquent des tensions dans les soins (exemple : conflit entre les différentes constructions culturelles de la famille et les rôles des sexes pris dans la politique sur le consentement éclairé) – ► <u>Cadre de sexe/genre</u> : construction occidentale de la famille/rôle de la femme, égalité des sexes → phénomène récent, difficulté d’accepter la structure patriarcale de la famille des NESB mais des contradictions existes..., l’inaction infirmière a renforcé la relation patriarcale, en privilégiant l’égalité des sexes dans relations avec les femmes NESB les infirmières ont rendu invisibles</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>le positionnement culturel des femmes ... , Avec des femmes NESB → risque de privilégier les sexes sur la race et l'ethnicité ▶ Exposition de la culture d'exclusion des soins de santé : une culture de la blancheur Hôpital adapté à une population anglosaxonne/gens de Melbourne pas tous dans ce cas – les marqueurs sélectionnés (race ou origine ethnique, sexe) formant la structure des cadres ont posé problème.-La race : utilisée dans des emplacements historiques particuliers – Le sexe devenu une position socialement construite et un outil politique pour revendiquer l'égalité-une culture construite dans le cadre, une culture de la blancheur-efforts difficiles pour examiner les intersections entre les marqueurs – les rencontres éphémères culturelles entre soignant-patient ont perturbé la conformité de l'établissement de la santé occidentale-Stabilisation grâce à des systèmes d'exclusion et de répression – problème quand pas d'interprètes pour les femmes – trop de responsabilités pour certaines femmes car construction familiale patriarcale – position soumise de la mère rôle défini pouvant avoir été culturellement appropriés pour les infirmières ce qui a rendu le propre positionnement culturel des femmes NESB invisible – les cadres culturels ont démontré une culture de</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>soins d'exclusion résultat de la pratique infirmière/des institutions/de la politique-les soignants ont découverts les inégalités au sein de leurs propres pratiques – La structure de l'hôpital a renforcé cette culture centrée « blanche » en raison du nombre de visiteurs (2) et les heures de visite → conflit – conflit par rapport au consentement parental → dimensions juridiques (structure famille)</p> <p>► <u>Au delà des frontières institutionnelles</u></p> <p>La population multiculturelle recherche des soins de santé invisibles – absence d'évaluation des services d'interprétation sur place – des organisations (assurance-maladie, unité nationale périnatale,...) n'ont jamais recueilli des données sur l'appartenance ethnique ou ont cessé de recueillir-L'origine ethnique de la population est restée invisible dans les soins localement et nationalement cela étant vu dans l'utilisation du terme de « diversité culturelle et linguistique » par le gouvernement fédéral. – une telle catégorisation rend invisible leurs différences de vie dans une Australie à prédominance blanche – aucune structure ou population n'est tenue responsable de cela et assume cela.</p>
No 5	Auteurs Titre de la recherche	Question de recherche Hypothèses	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats

	Journal Année de publication Pays	Buts de la recherche				
	<p>► Estelle Carde</p> <p>► Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins</p> <p>► <i>Santé publique</i></p> <p>► 2007</p> <p>► France (Aquitaine, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais), et en Guyane</p>	<p>► <i>Buts</i> : Repérer des traitements différentiels opérés par les professionnels à l'accès aux soins auprès de certains groupes – mise en évidence du processus discriminatoire et identification des groupes victimes – repérer les traitements défavorables affectant les étrangers.</p> <p>► <i>Pas de question</i> clairement explicitée</p>	<p>► 175 professionnels de l'accès aux soins.</p> <p>► Trente-quatre agents administratifs (Caisses Primaires de l'Assurance Maladie – Aide Médicale Etat et Couverture Maladie Universelle – Directions des Affaires Sanitaires et Sociales). Les autres étaient des professionnels du soin (médecins, infirmiers, etc.) (72) et des travailleurs sociaux (57).</p> <p>► Professionnels recrutés par la méthode dite de boule de neige à l'exception des administratifs.</p>	<p>► Etude qualitative</p> <p>► Aspects éthiques pas décrits</p>	<p>► Entre 2001 à 2003, observation des professionnels sur lieux d'exercice.</p> <p>► Personnes interrogées lors d'entretiens semi-directifs.</p> <p>► Durée: 1h-1h30.</p>	<p>► Typologie des processus discriminatoires : <i>Discriminations directes</i> (perception des professionnels) ► La délégitimation. Le bénéficiaire de la couverture maladie délivrée par l'aide sociale est volontiers présenté comme un « assisté », ses soins « coûtent cher aux cotisants », l'altérité → par rapport à la norme générale qu'est l'assurance, « assistés-étrangers-en situation irrégulière » = poids pour les cotisants et les nationaux, connotations péjoratives associées à ces points là. Des pratiques différentielles, défavorables et illégitimes et donc discriminatoires sont faites par des professionnels. Suspicion généralisée (personne étrangère) fait le lit de pratiques discriminatoires.</p> <p>► La différenciation Différence qualifiée de « culturelle ». Certains professionnels justifient que la personne soit orientée vers une offre en soins dérogatoires au droit</p>

						<p>commun (service proposé à tous) il pourrait s'agir d'une consultation en ethnopsychiatrie par exemple. →discrimination positive mais il peut s'agir de discrimination selon l'origine et donc être dans un sens négatif. (réstriction accès droit commun-traitement alternatif peut être inadapté-risque de stigmatisation). Différence→ interprétation surdéterminante. <i>Discriminations indirectes</i> (logiques institutionnelles) Croisement entre origine étrangère/précarité, réticence de médecins à une prise en soins de patients ne faisant pas pas d'avance de frais (payeront parfois une avance de frais et des dépassements d'honoraires pas remboursés) . Certaines situations ont affectées certaines personnes étrangères en raison de dysfonctionnements institutionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Typologie analytique. ▶ Les différents processus s'associent les uns aux autres. Les discriminations selon l'origine se mêlent à des discriminations d'autre nature (socio-économiques).
--	--	--	--	--	--	---

No 6	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication Pays	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats
	<p>► Cioffi Jane ► Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting : nurses' experiences ► <i>International journal of nursing studies</i> ► 2003 ► Australie, Sydney Ouest</p>	<p>► <i>Buts</i> : L'expérience de communications des infirmières et infirmiers avec les patients culturellement et linguistiquement divers (CLD). Comment les infirmières gèrent les communications interculturelles plus particulièrement les stratégies qu'elles utilisent avec des patients de diversité culturelle et linguistique ► <i>Question</i> : «Quelles sont les expériences de communication des infirmières avec des patients de diverses</p>	<p>► Vingt-trois infirmières. ► Critère : cinq ans ou plus d'expérience de travail avec les patients CLD dans un hôpital de soins aigus.</p>	<p>► Recherche qualitative. ► L'approbation éthique de l'étude a été obtenue à partir de l'université et du comité d'éthique des recherches en santé de l'homme. ► Tous les aspects éthiques appropriés de l'étude ont été adressés pour garantir que les droits des participants soient protégés. ► Formulaire de consentement et informations sur l'étude donnés</p>	<p>► Interview de ≈ 45 minutes. ► Lieu et moment garantissant la vie privée des participants. ► Question ouverte : "Pouvez-vous me parler de votre expérience des soins infirmiers aux patients CLD?"</p>	<p>► 12 sages-femmes/11 infirmières→13 de milieu anglo-centrique et 10 d'une variété de groupes ethniques. 3/23 ont reçu une formation multiculturelle. Les infirmières ont du recourir à des interprètes et des travailleurs bilingues ainsi que d'autres stratégies. ► Accès et travail avec les interprètes : L'accès est plus facile pour les principaux groupes de patients CLD (chinois, arabe), plus difficile pour les groupes de patients CLD mineurs (slovaque, somalien). Difficultés les week-ends et pendant la nuit→incapacité de savoir quand un interprète serait nécessaire a souvent compliqué les situations (ex :admission). Permettre aux malades d'utiliser des interprètes par téléphone a été jugé maladroit, l'accès à un téléphone assez difficile. Service des interprètes→limitations existantes : temps disponible, quantité d'informations raisonnables, la confidentialité, la traduction réelle de ce qui était dit. ► Accès et travail avec les travailleurs de la santé bilingues : l'accès</p>

		cultures dans un service de soins aigus d'un hôpital? »		aux participants. ► Participants attribués d'un code numérique pour l'anonymat		relativement facile car basés à l'hôpital, ont souvent été en mesure de soutenir toutefois, pas pour tous les types de groupes de patients CLD. Les infirmières trouvent l'information fournie comme étant bénéfique pour les soins. Ils contribuent à la rencontre et à la communication par la clarification des questions centrées sur le patient→mise en œuvre des soins culturellement congruents plus individualisé et la médiation dans des situations complexes et émotionnelles. ► D'autres stratégies utilisées par les infirmières pour communiquer avec les patients CLD : graphiques, un membre de famille, des signes et le langage du corps. L'utilisation de la famille. Maîtrise de quelques mots clés et phrases de la langue utilisées pour faciliter les communications. L'aide des infirmières bilingues→conséquences→patients attendaient des changements lorsque les infirmières bilingues étaient présentes pour communiquer. Les infirmières bilingues avaient des inquiétudes→risques associés de retarder la communication et la communication avec les patients pourrait être compliquée par les dialectes. Combinaison de stratégies « je reprend leurs paroles, me familiarise avec une partie de leur langue, demandez aux
--	--	---	--	---	--	--

						<p>membres de la famille d'écrire sur une feuille les choses générales ». Difficultés : patients qui ne savaient absolument pas l'anglais. Infirmières : au courant des modes de vie culturels qui influent sur la communication, ces différences ont des répercussions sur les soins. ► Attitudes des infirmières dans des situations de communication : En décrivant les moyens de communication cela a permis de mieux comprendre leurs attitudes. Infirmières étaient empathiques, respectueuses et disposées à faire un effort pour réduire la marginalisation et, l'isolement social. Quelques infirmières avaient une attitude négative à l'égard de patients CLD (frustration avec la barrière de la langue). Certaines infirmières étaient préoccupées par la qualité des soins car il était difficile de communiquer. L'amélioration de l'accès à des interprètes a une influence sur la qualité de la capacité à offrir des soins culturellement compétents.</p>
No 7	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats

	Pays					
	<p>► Mohammadi N., Evans D. & Jones T. ► Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures ► <i>International journal of nursing practice</i> ► 2007 ► Australie</p>	<p>► <i>Buts</i> : Passer en revue la nature multiculturelle de la société australienne, avec un centre spécifique sur la culture Islamique. ► Principes islamiques et impact sur la fourniture de soins de santé des personnes Musulmanes sont présentés</p>	<p>► Personnes/patients de culture islamique et soignants.</p>	<p>► Aspects éthiques pas développés.</p>	<p>► Revue de littératures.</p>	<p>► Société multiculturelle : La société australienne est une communauté diversifiée. Différences se rapportent à la culture – l'appartenance ethnique – la langue et la religion. Classification standard australienne→240 catégories de langues avec l'anglais qui est la langue la plus couramment parlée/125 catégories religieuses, le christianisme le plus communément enregistré (68%), avec l'islam étant de 1,5% de la population. Evidence de la diversité linguistique et religieuse au sein de la population australienne, mais ne tiennent pas compte du degré de la diversité culturelle. La satisfaction des besoins de cette population =défi. Communauté islamique=groupe minoritaire en Australie. Un total de 281 576 musulmans, environ 1.5% de la population. Au sein de la communauté islamique, il existe encore une diversité culturelle. Ceux qui suivent le principe et les croyances de la loi islamique sont considérés comme musulmans. ► Musulmans = disciple de la loi islamique, mot musulman=celui qui se soumet à la volonté de Dieu →le vrai but de la vie est le culte de Dieu, la</p>

						<p>réalisation de son intelligence et un dévouement complet à Dieu. 1^{er} devoir d'un musulman→adorer Dieu. 2^{ème} devoir→servir l'humanité. (adeptes) Deux différentes sectes→les sunnites 85% et les chiites. Différents sous-groupes existent qui diffèrent en termes de leur interprétation. L'Islam→culture qui a une incidence sur chaque partie de vie des musulmans→ a un état dynamique en réponse à des situations nouvelles. 2 codes importants : des articles de foi et les cinq piliers de l'Islam=fondement de la vie des musulmans→principe des actes de culte. Le respect et la pratique de ces actes sont obligatoires→5 piliers: la déclaration de foi (Chahada), cinq prières quotidiennes prescrites (Salah), le jeûne pendant le mois de Ramadan (jeûne), l'impôt sur la fortune (Zakat), et un pèlerinage à La Mecque (Hadj). 3 sources qui guident: le saint Coran, la Sunna (la pratique du prophète Mahomet) et le Hadith (paroles du prophète Mohammad) ► Culture : elle se réfère au comportement humain, l'organisation sociale, les structures et l'idéologie qui appartiennent à un groupe social. «apprendre et à partager les croyances, les valeurs et modes de vie de certains groupes. . . ». Série de normes, valeurs et hypothèses qui créent</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>des sous groupes. Culture=dynamique. Le changement est causé par les progrès de la technologie et de la communication, ou comme une suite d'événements tels que les migrations, les catastrophes naturelles et la guerre. Les règles d'une culture changent avec chaque génération. Attitudes, comportements et croyances changent dans les sociétés ouvertes. Différences ethniques et raciales. Appartenance religieuse, langue, sexe et orientation politique. Australie→la diversité accrue des besoins qui doivent être satisfaits par la société, et par un système de santé qui est fondée principalement sur la culture occidentale. La culture islamique→exemple de ce dilemme.</p> <p>► Le choc des cultures=conflit entre deux philosophies, (...) D'où l'ignorance et les préjugés d'une culture passe au premier plan, plutôt que de la comprendre. Exemple de choc culturel→expérience d'hospitalisation d'une personne islamique dans un établissement de soins de santé non-islamique. Potentiel d'un conflit a ses fondements dans les difficultés rencontrées par le patient musulmans tentent de respecter les principes de sa foi dans l'environnement de soins de santé non-islamique. Difficultés d'adhérer à leurs principes religieux par rapport à la</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>prière, au jeûne, à l'alimentation, à l'habillement et aux interactions entre les sexes.</p> <p>L'observation de la prière (cinq fois par jour, aux temps désigné de l'aube, versets coraniques + prostrations + ablution rituelle avant d'effectuer la prière.) Les femmes musulmanes habillées avec tête, bras et jambes couverts→pas autorisés à effectuer la prière au cours de leur période mensuelle, ni d'entrer dans une mosquée→bain rituel suite à la période. Le respect des obligations de la prière dans un établissement chargé de la santé peut être difficile et exigeant comme l'exemple de jeûner pendant le mois islamique du Ramadan. (purifier spirituellement et physiquement) Malgré des exceptions, il pourrait être difficile pour un patient musulman d'adhérer à ce principe islamique lors d'une hospitalisation. Conseils pour une vie pure et saine→halal = licite → viande halal celle abattue au nom de Dieu et vidée de son sang. Haram=illégal→sang, le porc et l'alcool. Principes islamiques interdisent la consommation de certains animaux (...) atteindre ces principes alimentaires islamiques pourrait créer des difficultés pendant l'hospitalisation. Problème aggravé quand les</p>
--	--	--	--	--	--	--

						fournisseurs de soins de santé ne comprennent pas entièrement l'importance de l'alimentation pour le patient musulman. Robe et la modestie, pour les femmes →Hijab est la couverture de la tête et du corps, des bras et des jambes. Vêtements amples et les courbes du corps pas perceptibles→difficile surtout au cours d'hospitalisation, et a le potentiel de causer des difficultés tant pour le patient et prestataire de soins de santé, pas rare pour les hommes prestataires de soins de santé à fournir des soins aux patients de sexe féminin→gêne pour la patiente musulmane et tensions inutiles dans la relation entre le patient et les prestataires.
No 8	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats

	Pays					
	<p>► Pasco AC, Morse JM, Olson JK</p> <p>► Cross-Cultural Relationships Between Nurses and Filipino Canadian Patients</p> <p>► <i>Journal of nursing scholarship</i></p> <p>► 2004</p> <p>► Canada</p>	<p>► <i>But</i> : Identifier les valeurs inscrites dans la culture, qui ont implicitement guidé les interactions des patients canadiens philippins dans le développement de relations infirmière-patient.</p>	<p>► Echantillonnage résolu de 23 patients canadiens philippins qui ont reçu des soins dans les hôpitaux canadiens pour des raisons diverses. (soins obstétricaux, des problèmes cardiaques, et des problèmes médicaux et chirurgicaux généraux)</p> <p>► Hospitalisation de 3 jours à 2 mois.</p> <p>► Hospitalisés une seule fois, ceux avec plusieurs admissions ont également évoqué les expériences passées.</p> <p>► 13 femmes et 11 hommes; l'âge→33 à 86 ans, durée de résidence au Canada→5 à 40 ans.</p>	<p>► Recherche qualitative</p> <p>► Approbation appropriée de l'université et de l'Agence d'éthique et le soutien formel de la communauté canadienne philippine.</p>	<p>► La focalisation sur l'ethnographie visant à obtenir des perspectives de soins infirmiers pour les patients canadiens philippins.</p> <p>► Des enquêtes/interviews ethnographiques ont été menées</p>	<p>► Résultats : ils reflètent la vision du monde personnaliste des Philippins. Les valeurs dans leurs interactions sociales sont évidentes, ... même après la migration, la famille demeure l'unité de base. ► Structure sociale centrée sur la famille a déterminé qui était <i>hindi ibang tao</i> (l'un de nous) et <i>ibang tao</i> (pas l'un de nous). ► Pourtant, leur vision du monde orientée <i>kapwa</i> et leur volonté de faire/d'avoir confiance, après une période d'essai, leur ont permis d'intégrer ceux qui ont été <i>ibang Tao</i> ou <i>hindi ibang Tao</i>. <i>Kapwa</i>=valeur fondamentale soit la façon dont ils se rapportent aux autres êtres humains de leur «être» ou <i>pakikipagkapwa-tao</i>. ► Les patients canadiens philippins ne divulgueront pas facilement leurs besoins /demandes s'ils ne considèrent pas l'infirmière = <i>hindi ibang tao</i>.</p> <p>► <u>Expériences des participants canadiens philippins</u> Traits culturels de dissimulation et de modestie, attentes que l'infirmière passera du temps "social" avec le patient, et attentes de la communication par les membres de la famille exigent une sensibilité culturelle dans les soins aux patients canadiens</p>

						<p>philippins. ► Dissimulation. Les patients sont réticents, dissimulant émotions et besoins personnels aux personnes considérées <i>ibang tao</i>. Car cela les mettraient en position de faiblesse ou vulnérable. Les patients ont éventuellement verbalisé leur plainte et leurs sentiments à celui qui était <i>hindi ibang tao</i>, attendant de cette personne d'intercéder avec le personnel en leur nom. Ce processus d'intercéder est facilité par un membre respecté et éprouvé de la famille. Caractéristique culturelle du fait de dissimuler→aussi pour les demandes de besoins et de soins généraux. Sentiments de maintien de la détresse à soi-même → développement ou prouver son <i>Lakas ng Loob</i> (force de caractère) Risque→ : danger pour la vie du patient.</p> <p>► Le respect de la pudeur. Aux Philippines, la famille est constamment présente, les soins sont «centrés sur le patient. » Familles →<i>Bantay</i>= veiller sur le patient et faire les tâches personnelles et privées/on attend des infirmières d'être <i>Alaga</i>=fournir des soins professionnels. Si la famille ne reste pas, cela crée un vide dans la communication et le soin. Le patient devient plus vulnérable. ► <u>Les infirmières devenant Hindi Ibang Tao</u> Devenir <i>hindi ibang tao</i> exige que les</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>infirmières comprennent le concept de <i>pakikipagkapwa-tao</i> et partagent une identité et des expériences communes→c'est quand une infirmière identifie avec un patient certains points communs ... Autres stratégies : passer du temps, communication sur les questions, répondre de façon fiable et rapide, langues de la parole, du toucher, du regard, de la nourriture. Lorsque la confiance et l'acceptation ont augmenté, la relation a progressé de niveau en niveau. ► Passer du temps. L'infirmières doit être au courant par rapport à la quantité et la qualité du temps nécessaire pour construire une relation. Le niveau de confort a augmenté avec la fréquence d'interaction, de la longueur et la qualité du temps passé. La constance de l'interaction permet d'établir des points communs (essentiel pour le processus de <i>pakikipagkapwa-tao</i>=reconnaissance d'une identification ou d'une expérience commune). Les infirmières s'identifiant avec leurs patients et les considérant comme individus uniques→ouverture et communication des sentiments/besoins.</p> <p>► Communiquer à travers les membres de la famille. Au départ l'information est véhiculée par les membres de la famille puis la réponse du</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>patient est passée d'un signe de tête ou de réponse affirmative, finalement ils ont sympathisé et identifié les uns avec les autres. Les interactions à travers les membres de la famille ont continué jusqu'à ce que l'infirmière devienne <i>hindi ibang tao</i>→quand le patient communique directement avec l'infirmière. Si la confiance a été violée la famille reprend son rôle (intermédiaire) ▶ Répondre de manière fiable et rapide. La confiance est testée en continu. Les patients peuvent même se retirer dans le silence, la famille pourrait avoir à intervenir au nom du patient. ▶ Langage des mots. La langue→les expressions faciales, gestes, intonation, volume et expressions familières, sont souvent mal interprétés dans un contexte interculturel. Les stratégies normalement utilisées (blagues...) sont parfois inadaptées. Les patients canadiens philippins décrivent : perte de liberté d'expression, souci des erreurs, interaction=tâche→les difficultés ont inhibé <i>pakikipagkapwa-tao</i>.→s'est développé plus lentement. ▶ Langage du toucher. Le contact humain reflète la façon dont les infirmières considèrent les patients→aime ou n'aime pas. Le contact physique =contact lors des procédures de soins. Les participants philippins avaient des termes différents</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>pour la façon dont ils ont été touchés: <i>haplos</i> était un contact tendre, <i>hipo</i> a été un contact lancinant pour apaiser une douleur... ils ont distingué si le contact était doux ou rugueux et s'il reflète le respect. ▶ Langage du regard. Les Philippins utilisent leurs yeux expressément. En conduisant des évaluations, les infirmières doivent veiller à ne pas regarder de la tête aux pieds cela risque d'être humiliant ou discriminatoire. Il y a une conscience aiguë des expressions en particulier les yeux. L'expression du visage entière est perçue comme un tout. ▶ Langage de la nourriture Il s'agit d'un moyen traditionnel de socialisation aux Philippines, moyen d'accueillir ou d'exprimer sa gratitude. Contexte hospitalier→réciprocité pour les soins. Des aliments typiques sont sélectionnés en fonction de préférences individuelles et le montant de l'estime pour le patient. ▶ Les niveaux des interactions patients canadiens philippins-infirmières La dynamique d'être considéré <i>hindi ibang tao</i> ou <i>ibang tao</i> par un patient et sa famille a changé en fonction des circonstances. <i>hindi ibang tao</i>→au courant des intimités-droits-responsabilités / <i>ibang tao</i>→traités avec des niveaux de formalité-de politesse-</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>éviter de l'expression directe, des sentiments personnels et des désaccords. La courte période d'hospitalisation → les patients canadiens philippins avaient du considérer presque immédiatement le personnel, s'il était soit <i>hindi ibang tao</i> ou <i>ibang tao</i>. ▶ Les niveaux d'interaction dans la relation <i>ibang tao</i> :</p> <p><i>Pakikitungo</i> (niveau de formalité). Politesse-formalité... Les patients dissimulaient leurs besoins et sentiments/réponses silencieuses et réservées. En raison de peu d'implication émotionnelle, l'interaction sociale était limitée et ils pouvaient même ne pas avoir appris le nom de l'infirmière.</p> <p><i>Pakikibagay</i> (niveau de réglage/d'adaptabilité). Patients encore réticents à exprimer leurs besoins et sentiments, ils ont dépendu uniquement des membres de la famille <i>Pakikisama</i> (niveau d'acceptation/s'entendre avec). Relation réalisable. Patients veulent "aller de pair avec", ils commencent à révéler leurs besoins à travers la famille, mais les sentiments sont toujours cachés.</p> <p><i>Pakikipagpalagayang-Loob</i> (niveau de confort mutuel). Potentiel de la relation a commencé à se réaliser. La volonté d'un patient à avoir confiance et à partager la vision du monde <i>kapwa</i> était évidente, commencent à exprimer accord et</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>désaccord-leurs besoins-vrais sentiments. l'infirmière = <i>l'hindi ibang tao</i>. Pakikiisa (niveau de l'unité). Interaction la plus intime. Ils sont pleinement engagés : l'infirmière est capable d'anticiper les besoins et sentiments / Le patient a confiance en l'infirmière. Les objectifs de soins communs-soins efficaces et sécuritaires. L'intimité a été obtenue rapidement sans passer à travers tous les niveaux d'interaction. L'intensité de l'interaction a aussi varié. Le modèle ne s'applique que pour les interactions entre une infirmière et un patient. Les infirmières ne sont pas interchangeables.</p>
No 9	<p>Auteurs Titre de la recherche Journal Année de</p>	<p>Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche</p>	<p>Population/ Echantillon</p>	<p>Design Aspects éthiques</p>	<p>Méthodologie</p>	<p>Résultats</p>

	publication Pays					
	<p>► Vydelingum V. ► Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England ► <i>Nursing Inquiry</i> ► 2006 ► Angleterre</p>	<p>► <i>Des questions ouvertes</i> et «incitantes» (...) sur les expériences de soins des infirmières aux patients d'Asie du Sud admis dans leurs services ont été utilisés pour guider la discussion. ► <i>Objectif</i> : Décrire l'expérience de soins des infirmières aux patients asiatiques du Sud, dans une direction médicale d'un hôpital général dans le sud de l'Angleterre.</p>	<p>► Les 90 infirmières admissibles de toutes les catégories ont été invitées→43 membres de six services ont participé : 3 cheffes infirmières, 22 infirmières et 18 aides-soignantes. ► 40 participants blancs-3 noirs, dont 1 d'origine afro-caribéenne et 2 d'origine sud-asiatique. ► La taille était de six à huit, (la plupart environ six membres) d'un groupe mixte.</p>	<p>► Recherche qualitative ► L'approbation a été demandée et accordée par le comité éthique de la recherche locale.</p>	<p>► Recueil : Lieu : salle de séminaire, loin du service. ► Chercheur= «espion structuré» gardant des notes détaillées sur les indices verbaux et non verbaux. ► Un animateur présent. ► Données recueillies grâce à une combinaison d'entrevues enregistrées sur bande et des notes de terrain. ► Analyse L'analyse thématique→processus de réduction des données: étiquetage des données, codes analytiques et identification des thèmes ► Phrases et paragraphes codés. ► Codes initiaux ont</p>	<p>► Huit thèmes : 1. Les changements de service (Nous faisons de notre mieux) Réponse à une question sur la façon dont ils voyaient la situation actuelle en général, concernant la prise en charge des groupes minoritaires : pour les participants→évolution récente de l'hôpital. Changements→ Charte du patient et changements de politique des services. Ex de changement→Menus asiatiques. Les participants ont semblé explorer d'autres moyens d'améliorer la pratique (menu d'Asie-calendrier de fêtes-besoin d'avoir des normes de soins pour les patients asiatiques→besoins religieux-demander aux parents leurs exigences particulières pour pas blesser leurs croyances religieuses). L'infirmière cheffe admet un manque de connaissances sur les fêtes/infirmière et aide-soignante suggèrent de nouvelles façons de travailler. Manière d'introduire de nouvelles idées à travers des checklist/standards, initiatives politiques avec la nomination d'un conseiller multiculturelle à la Commission de la santé, introduction de brochures pour les patients dans les langues minoritaires. ► 2. Fausse conscience de l'équité</p>

					<p>été réduits dans de plus grands codes puis en thèmes. ▶ Analyse des arguments déviants a été effectuée en prêtant attention aux opinions de la minorité. ▶ L'analyse s'est centrée sur la réalité des membres du groupe.</p>	<p>(Nous traitons tout le monde la même chose) Tous prennent l'appui solide pour démontrer une dimension de la pratique égalitaire mais tous semblent fonctionner sous une fausse conscience de l'équité→traiter tout le monde de la même manière n'est pas un service individualisé. (<i>« même titre que tout les autres patients »-« il n'y a pas de considérations particulières »...</i>) il s'agit d'équité horizontale au lieu d'aborder l'équité verticale. ▶ 3. Connaissance culturelle limitée (Nous ne les comprenons pas) Déclarations illustrant des vues occidentales répandues sur les attributs et comportements culturels des patients asiatiques du Sud La mauvaise/pauvre connaissance et compréhension des cultures minoritaires aboutit à un manque de compétence culturelle (<i>« Nous ne les comprenons pas »-« ils sont très retenus dans l'expression de leurs problèmes »-« ont une faible tolérance à la douleur »</i>). Des évidences de la faible connaissance culturelle ont été notées dans les notes des observations. Autres exemples d'insensibilité culturelle→manque de compréhension des besoins diététiques des diabétiques asiatiques du Sud-refus des femmes asiatiques à se déshabiller et être examinées par des médecins de sexe masculin,... ▶ 4. Blâmer la victime (Ce</p>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>n'est pas notre faute) L'animateur a présenté un scénario d'un véritable incident : personnel infirmier et infirmière cheffe ont été défensifs et n'ont proposé aucune condamnation pour de telles pratiques de soins inacceptables. Approche d'«agir blanc », Puzan (2003)- pratiques acceptées et non acceptées: « Un jeune patient asiatique ... décédé ... Sa mère a été appelée pour voir le corps. ... horrifiée de le retrouver dans son lit gisant dans une mare de vomi. ... affligé ...tel état dégoûtant... commentaires du personnel infirmier : comme il était un musulman, ils ne pensaient pas qu'ils étaient autorisés à toucher le corps. «Nous laissons donc le plus souvent la famille avec le corps. » » REACTIONS > « L'infirmière a suivi le guide... »</p> <p>Hypothèses stéréotypées→barrières culturelles menant à l'échec de fournir des soins adaptés/sensibles à la culture. «altérité ethnique», tendance à mettre en évidence les différences ... plutôt que des points communs ▶ 5. Valorisation de la famille/des parents (Ils sont très utiles) Des commentaires n'ayant pas été sollicités mais offert volontairement par une infirmière. (la littérature n'a signalé aucunes déclarations similaires) « ...parents très utile »-« une aubaine »- « Aide-soignante (Asiatique): Les parents ont tendance à venir à moi ... sont très heureux de me voir quand je suis sur le service »</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>Exemples d'autres interviews montrent le contraire avec une image sur des parents comme étant des déviants et une nuisance...perturbent les routines des services en restant plus longtemps dans les salles que les parents des patients blancs. ▶ 6. Refus/déni du racisme (Nous n'avons pas de racisme ici) Fort déni de l'existence du racisme→dépersonnalisation du racisme. Les participants ont passé de la négation catégorique au racisme étant peut-être plus fréquent chez les plus âgés, ...les déclarations ont clairement montré les stéréotypes négatifs culturelles au sujet des Noirs: « Je ne pense pas qu'il y est du racisme à notre niveau »-« Je ne pense pas que c'est du racisme »-« Je pense qu'il ya plus de racisme chez les plus âgés »-« J'ai peur des indiens de l'ouest vraiment, ils sont différents de leurs postures et leurs rythmes et leur façon de marcher » ...= «parler blanc»→stratégie négative pour contourner leur propre rôle dans la perpétuation du racisme... ▶ 7. L'ethnocentrisme (Ce n'est pas rationnel ce qu'ils croient) ...Malentendu au sujet de différentes pratiques religieuses et culturelles ainsi que la force de l'utilisation d'une vision culturelle dominante dans l'interprétation d'autres cultures: « Certaines religions...ont certaines règles sur les noms, l'hygiène, le</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>jeûne et les autres pratiques religieuses »- « sur le don de sang ou de transfusion et les rituels de la mort...»-« entendu dire que les hindous et les musulmans sont opposés aux autopsies »-« Les hindous croient en la réincarnation ...crainte que si le corps est soit incinéré ou enterré sans tous les organes, cela pourrait affecter la réincarnation de l'esprit » > intervention > « <i>Mais c'est ridicule</i> » ...→préjugés culturels-malentendus-conversations de couleurs / culture-aveugle→le pouvoir blanc inhérent est de définir d'autres croyances et pratiques comme irrationnelles et manquant de valeur. ▶ 8. La révélation de soi (je sais comment ils se sentent) Certains participants ont révélé des détails personnels et des expériences négatives au sujet de leurs propres croyances.→révèlent un niveau élevé de sensibilité→ manque de facilités linguistiques et difficulté d'apprendre une nouvelle langue. « Je suis d'une religion chrétienne minoritaire et je peux vous assurer que certaines croyances et principes sont centraux et ne sont pas négociables (les transplantations d'organes et la transfusion sanguine)... »-« Je peux comprendre les problèmes de racisme... moi-même irlandais et ayant vécu dans le Midlands avec une forte population asiatique...pourquoi certains membres du personnel n'acceptent pas que cela existe »-« pas facile d'apprendre une langue étrangère...vécu en Allemagne pendant trois ans et je n'ai pas beaucoup</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>appris l'allemand non plus »</p> <p>► Les résultats montrent également les processus interactifs, qui informent la réalité de l'expérience des infirmiers au chevet patients asiatiques du Sud.</p>
No 10	Auteurs Titre de la recherche Journal Année de publication Pays	Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	Population/ Echantillon	Design Aspects éthiques	Méthodologie	Résultats
	<p>► Richardson A, Thomas VN, Richardson A.</p> <p>► “Reduced to nods and smiles”: Experiences of professional s caring for people with cancer from black and ethnic minority groups</p> <p>► European</p>	<p>► <i>“But”</i>: « Cette étude est née d'une préoccupation pour explorer plus à fond les points de vue des professionnels qui travaillent actuellement dans la santé et des soins sociaux et d'examiner leurs besoins en matière de formation »</p> <p>► <i>Pas de question exposée.</i></p>	<p>► Dans un premier temps, 44 personnes ont répondu positivement mais ils ne sont pas tous venus : 28 professionnels qui travaillent avec les patients atteints de cancer→22 infirmières (beaucoup des soins palliatifs) 1 médecin consultant-2 assistants sociaux-1 ergothérapeute- 1 agent de protection des droits-1 travailleur de</p>	<p>► Approbation éthique reçue de la vallée de la Tamise MREC.</p> <p>► Le Macmillan Cancer Secours/humanitaire (MCR), a financé la recherche.</p> <p>► Tous les titulaires ont reçu un formulaire de consentement.</p>	<p>► 5 groupes de discussion (3 à Londres-1 à Birmingham-1 à Manchester).</p> <p>► Recrutement fait par le Macmillan Secours/humanitaire Cancer (MCR), chaque titulaire de poste Macmillan (240 personnes) a reçu une lettre d'invitation-note de l'équipe de recherche (pas d'accès aux noms)-feuille de réponse aux dates proposées-</p>	<p><u>Thèmes :</u> ► Langage et parvenir à la compréhension Les difficultés de communication sont bien documentés dans d'autres études: beaucoup de gens ne comprennent pas les informations ou manquent les implications plus subtiles. Cette recherche a exploré les points de vue des professionnels. Les participants étaient préoccupés par l'absence de compréhension des patients, et tenaient à ce qu'ils aient une compréhension complète. Ils ont également été en difficulté lorsque certains patients ne comprenaient pas certains éléments...(sont en fin de vie ou au contraire...). L'évaluation individualisée est donc un moyen d'apprécier la diversité interculturelle (Diver et al. 2003). Certains utilisaient des moyens de communication non-verbaux. Le manque</p>

	<i>journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i> ▶ 2006 ▶ Royaume-Uni		l'information. ▶ Ils ont pratiquement tous travaillé au sein du NHS, dans les hôpitaux, 2 dans le secteur privé, tous comme titulaires de poste Macmillan. ▶ Tous, sauf 4 étaient de race blanche.		formulaire de consentement. ▶ Pas de critères d'exclusion. ▶ Dates de réunion déterminées par convenance des gens. ▶ 44 personnes ont répondu positivement, mais n'ont pas tous assisté. ▶ Lieux : établissements d'enseignement ou de santé. ▶ Un modérateur expérimenté a facilité les réunions en utilisant également un guide fait par les chercheurs avec des questions liées à la communication, la culture et le racisme potentiel, avec une attention aux besoins perçus en matière de formation ou de soutien.	de communication facile a été senti à affecter leur capacité à construire une relation. L'information écrite n'a pas été vue comme une solution satisfaisante. (pas toujours la langue appropriée et certains sont analphabètes). ▶ Le processus et les résultats du travail avec des interprètes : Il y a de graves problèmes avec des interprètes génériques. Ils sont parfois inatteignables, ou trop occupé pour venir à l'improviste. Il n'est également pas clair concernant ce qui est dit des interprètes aux patients. Certains sont connus de refuser des messages difficiles ou d'altérer le sens des informations. Ceci a induit des préoccupations considérables car certains patients avaient image inadéquate de leur situation. L'utilisation d'un interprète risque de violer des normes culturelles. Parfois, les patients ne veulent pas des interprètes de leur propre communauté ethnique de peur qu'émergent des commérages. Les participants étaient préoccupés par l'impact du travail des interprètes. Ils éprouvaient de la sympathie pour eux car ces derniers devaient parfois donner des mauvaises nouvelles plus d'une fois par jour. Les interprètes ont pensé ne pas avoir intégré de soutien. Les participants ont eu parfois besoin d'aide de la part d'autres patients ou d'autres personnels
--	--	--	--	--	--	---

						<p>hospitaliers, mobilisés pour la langue ceci ayant été considéré comme inadapté. Parfois l'aide de membre de la famille a été utilisé mais ceci a été qualifié de non satisfaisant et injuste. Les relations étaient médiatisées par quelqu'un d'autre. Parfois, les participants incapables de parler aux patients se mettaient à l'abri d'eux par les parents. Les participants étaient très mal à l'aise "de s'associer" avec la famille car cela induisait des normes doubles dans les soins aux patients. Certains sujets abordés étaient complexes et délicat. Les sensibilités culturelles et personnelles peuvent inhiber le fait que le patient reçoive plus de détails de l'état. Importance de tenir compte des normes culturelles. ► Faire face à la différence culturelle à la fois sur un niveau pratique et philosophique : Gérer/traiter les différences culturelles engendrent des difficultés. Anxiété face à de nouvelles façons de faire face à la maladie, la fin de vie... Certains ont essayé d'apprendre les principales questions culturelles, par exemple les rites de deuil,... mais cela est difficile car il y a de nombreux groupes culturels différents et avec des variations en intragroupes. L'importance soulignée de ne pas faire des hypothèses à propos de chaque patient. Les différentes normes</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>culturelles créent des tensions dans les relations avec les patients et les familles. Il y a un risque d'être contraire à ces normes, inconsciemment. Les participants ont été pris entre leur formation (respecter convictions d'une personne) et leur propre sens de ce qui était juste. Ceci a généré des réactions émotionnelles (colère-frustration-tristesse-peur de contrarier). Le personnel est forcé de confronter leurs propres sentiments complexes dans un environnement multiculturel. Il faut défier les hypothèses ou prendre des risques informés... ► Les questions de préjugés raciaux : La plupart était certaine de n'avoir aucun élément de préjugés raciaux par contre un petit nombre a admis se sentir différents envers certains groupes mais espère que cela n'a pas empiété sur leur travail. Résistance interne ressentie par rapport aux attentes à ce que travailler avec eux entraînerait du temps et des efforts supplémentaires ayant comme résultat une mise à disposition de moins de temps pour ces patients. Attribution de ce phénomène à leurs propres insuffisances et manque de soutien craignant qu'un préjudice racial soit perçu. Quelques professionnels ont aimé tous leurs patients et travaillent à une constante lutte pour être conscient de leurs propres</p>
--	--	--	--	--	--	---

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

						<p>préjugés. Le racisme de patients envers le personnel ou d'autres patients était un problème difficile à traiter car il y a nécessité de maintenir la relation. Les patients qui ont expressément demandé une infirmière blanche ont été traités plus directement. ► Désir de formation et de soutien/support : Un manque de support-manque de formation pour répondre à la diversité ethnique, religieuse, et culturelle ont été mis en évidence. Demande d'une meilleure compétence-de formation pour les aider à réfléchir sur leurs propres sentiments, attitudes et suppositions. Des informations devraient être fournies au cours de la formation de base et renforcées par des séances de façon intermittente, en encourageant la réflexion régulière sur ces questions. Nécessité d'une formation dans le travail avec les interprètes.</p>
--	--	--	--	--	--	---

8.3 Grilles d'analyse de recherches

■ Grille 1

Critères d'analyse	Notes / commentaires
Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?	► Découvrir des expériences d'infirmières rencontrant des personnes d'autres cultures et ainsi voir s'il y a des influences dans la relation et si des disparités apparaissent, si oui lesquelles.
De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche) Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)	► Une étude qualitative ► Article de recherche
De quelle source documentaire est tiré l'article ? Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?	► <i>Journal of emergency nursing</i> ► Pubmed
Année de publication	► Juin 2008
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	► Jones SM Professeur adjointe, Ecole de soins infirmiers à l'Université d'Indiana
Titre / Mots-clés importants	► Emergency Nurse's caring experiences with mexican american patients =Les expériences de soins d'infirmières d'urgence avec des patient mexico-américains
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	► Au sujet de la culture, de la relation soignant soigné et de son impact concernant notamment des disparités, la connaissance culturelle et de la difficulté de la communication.
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	Introduction : Les disparités de soins de santé se sont élargies à la population hispanique. Le soin culturellement compétent peut alléger ces disparités. Le but de cette étude qualitative était de comprendre les expériences des infirmières de secours en s'occupant des patients mexico-américains. Méthodes : Cinq infirmières d'urgence Caucasiennes, non-hispaniques ont été interviewées dans un délai de 2 semaines lors de soins à des patients mexico-américains dans un hôpital du Midwest. Résultats : Les thèmes qui ont surgi étaient la barrière

	linguistique, la continuité de soin et la connaissance culturelle limitée. La barrière linguistique a affecté tous les aspects de soin. Le participant qui a parlé espagnol à un niveau limité était le seul pour décrire l'établissement d'une relation d'infirmière-patient. Discussion : Les services de traduction d'hôpital devraient être disponibles 24 heures sur 24 et les infirmières devraient recevoir la formation des traducteurs d'hôpital pour apprendre l'espagnol de base et les implications des valeurs culturelles hispaniques sur leurs soins au patient. La recherche future serait pour évaluer les capacités linguistiques espagnoles des infirmières de secours et justifier l'impact de ces qualifications sur la relation d'infirmière-patient.
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	► Centre d'enseignement médical du Midwest, service des urgences, étude menée auprès de 283 lits, infirmières d'origine caucasienne, non-hispaniques.
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	► <i>Connaissances</i> : Elargissement de l'écart des disparités de santé pour la population hispanique. Défaut de prise en charge→visites répétées aux urgences→coûteux et traitements inutiles. La culture hispanique : importance de la famille, la religion catholique, la langue espagnole ainsi que le respect, le personnelisme et la confiance. Contribution de la barrière linguistique aux disparités→nécessité d'engager du personnel bilingue et des interprètes. Manque de connaissances sur les différentes cultures. ► <i>Cadre théorique</i> : la théorie des soins de culture de Leininger M.
Buts de l'étude	► Comprendre l'expérience des infirmières et infirmiers des urgences qui soignent des patients américains du Mexique
Question(s) de recherche	► Quelles expériences de soins d'infirmières urgentistes aux patients américains-méxicains et les principaux thèmes de ces expériences ? / Comment les grands thèmes qui caractérisent l'expérience de la prise en charge des patients américains-méxicains se rapportent à des soins culturellement compétents ?
Méthode utilisée	► Interviews de 30-45 minutes avec des questions ouvertes et enregistrées par bande audio. Interviews de 5 infirmières durant une période de 2 semaines, pour 4 entrevues

► 4 des 5 participants → 44 à 52 ans ainsi que 16 années d'expériences. 3 participants → 27 ans ainsi que 2 ans d'expériences. ► Niveau de scolarité : degré baccalauréat en sciences en soins infirmiers (2), diplôme (2), degré associé (1). ► Travail de jour (2)-de nuit (2)-rotation des deux (1). ► Compétences en espagnol : rien-quelques mots-1 participant parlant à un niveau limité. **Thèmes** : la barrière linguistique, la continuité des soins et la connaissance culturelle limitée. Barrière linguistique ayant affecté tous les aspects du soin → préoccupation pour les participants. Les compétences en espagnol des participants et

<p>Tableaux et figures présentant les résultats</p>	<p>les ressources hospitalières ont affecté les méthodes utilisées pour surmonter les barrières linguistiques. ▶ Méthodes: traducteurs-autres membres du personnel-traducteurs accompagnant le patient au service. 1 participant parlait espagnol-1 utilisait les gestes de la main. ▶ Barrière linguistique = obstacle aux soins durant la nuit. ▶ Source de préoccupation→exactitude de la traduction de sources autres que les traducteurs de l'hôpital. ▶ Une précision dans la traduction par le téléphone et un manque de contact du personnel→préoccupation pour l'utilisation du service d'interprétariat en ligne. (participants n'ont pas utilisé ce service récemment). ▶ L'utilisation de tout traducteur affecte la relation de soins établie entre l'infirmière-le patient. La capacité de parler espagnole renforce la relation. <u>Continuité des soins</u> : ▶ Craintes liées au statut d'immigration pourraient interférer avec la continuité des soins. « un immigrant sans-papiers pourrait se montrer réticent à se faire soigner » / « nous vous aidons et c'est le plus important, que si vous soyez ici illégalement ou non ». <u>Thèmes et compétence culturelle de soin</u> : Quand les participants ont été présentés devant la barrière linguistique, leurs propres compétences en espagnol et les ressources disponibles de l'hôpital, ces derniers ont influencés leurs actions. ▶ Tous ont montré préservation de la culture des soins en fournissant des instructions écrites à décharge bilingue en espagnol et en anglais pr leurs patients américains du Mexique. Des logements de soins culturels ont été montrés. ▶ L'hôpital a restructuré ses pratiques et a fourni des ressources (services de traduction-cours d'espagnol-décharge d'instructions bilingues)→soins culturellement compétents. <u>Connaissances culturelles limitées</u> : ▶ Tous étaient au courant des 3 principales caractéristiques de la culture hispanique. Leurs descriptions des interactions et des observations des familles hispaniques étaient des miroirs de modèles culturels de respect, personnalisme et de confiance. -Pas de tableaux</p>
<p>Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude</p>	<p>▶ Barrière de la langue=préoccupation majeure. Les infirmières dans cette étude préfèrent utiliser des traducteurs de l'hôpital quand ils</p>

	<p>sont disponibles et de trouver des limitations avec d'autres traducteurs. ▶ Référence à un lien affectif avec l'utilisaton de l'espagnol→analogue à la confiance qui peut être gagnée par les infirmières et conduire à une meilleure adhérence au suivi mais difficile d'évaluer l'adhérence. ▶ Préoccupation pour l'accès au suivi des soins pour la continuité des soins→statut d'immigration et barrières linguistiques. ▶ Les infirmières ont identifié l'importance de la langue espagnole, des familles élargies et de la religion catholique mais n'étaient pas au courant des concepts de respect-personnalisme-confiance→manque de connaissance culturelle. ▶ Fournir un traducteur pour aider la communication→accomodation des soins culturels. ...</p>
<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>▶ <u>Implication pour soignants</u> : Nécessité que les services de traduction soient accessibles 24h/24h, les infirmières devraient recevoir une formation pour apprendre la traduction de l'espagnol ainsi que pour apprendre l'implication des valeurs culturelles hispaniques sur leurs soins au patient.</p> <p>▶ La recherches future devrait évaluer les capacités linguistiques espagnoles des infirmières en urgence et l'impact de ces qualifications sur la relation soignant-soigné.</p> <p>▶ Plus de recherches sont nécessaires dans le domaine des soins culturellement compétents au service d'urgence à l'égard de la population hispanique. ▶ Recherche sur la relation infirmière-patient et son influence sur l'adhésion du patient hispanique au suivi des soins.</p>
<p>Limites de l'étude</p>	<p>▶ Les thèmes n'ont pas été examinés par les participants. ▶ Les résultats ne représentent que ce groupe restreint d'infirmière des urgences et ne peuvent pas être extrapolés à un autre groupe, autosélection des participants.</p> <p>▶ L'identification des patients mexicains américains était fondée sur le meilleur jugement du participant. ▶ La population hispanique relativement faible de la communauté environnante. ▶ L'utilisation d'un seul emplacement géographique. ▶ L'utilisation exclusive des données des entrevues.</p>
<p>Intérêt pour mon travail de bachelor</p>	<p>Le fait que cette étude parle d'influences pouvant apparaître dans une relation soignant-soigné, comme des disparités et difficultés au</p>

	niveau culturel. Explique quelles sont ces disparités plus spécifiquement.
--	--

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 2

Critères d'analyse	Notes / commentaires
Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?	► Découvrir qu'est ce qui se « joue » dans la relation inf-patient/dans leurs interactions et cela au niveau culturel. Y-a-t il des points spécifiques qui ressortent ? y-a-t il des difficultés qui apparaissent ?... Recherche de connaissances sur le thème
De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche) Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?) De quelle source documentaire est tiré l'article ? Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ? Année de publication	► Source primaire : article de recherche Recherche qualitative ► <i>International journal of nursing practice</i> ► Pubmed ► 2006
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	► Cioffi J. Maître de conférences, École des sciences infirmières, Université de Western Sydney, Penrith Sud DC, New South Wales, Australie.
Titre / Mots-clés importants Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	► Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards =Interactions culturellement diverses entre patients-infirmières en unités de soins aigus ► Mots clés : Acute care ward, culturally diverse patients, nurse-patient interactions, nurse-patient Relationship. ► Sujet parlant de l'influence de la culture dans la relation soignant-soigné et thèmes spécifiques qui ressortent. Les perceptions des soignants et des patients sont exposés.
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	L'interaction infirmière-patient est centrale dans le soin infirmier. Cette étude qualitative explore les expériences des patients et des infirmières culturellement divers dans des rapports d'infirmière-patient dans des salles de soins de courte durée. Huit infirmières et leurs patients respectifs se sont portés volontaires pour rejoindre l'étude et ont été interviewés. Les trois

	thèmes identifiés dans les rapports entre les infirmières et les patients culturellement divers étaient la tension partagée, la différence perçue et la prise de conscience. La conclusion de l'étude est que les rapports entre les infirmières et les patients culturellement divers dans les salles de soins intensifs pendant des épisodes de courtes hospitalisations ne sont pas faciles pour des infirmières et n'ont pas besoin de recevoir une considération plus profonde quant à la façon dont ils peuvent être développés plus efficacement. Il est recommandé de soutenir le fait de fournir un soutien éducatif pour développer des interactions plus efficaces entre des infirmières et des patients présentant la recherche étant effectuée pour examiner les facteurs qui peuvent renforcer des interactions infirmière-patiente culturellement diverses dans des services fournisseurs de soins intensifs.
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<p>► Services médicaux et chirurgicaux dans un hôpital de soins actifs de 150 lits dans un service de santé de la région du grand ouest de Sydney.</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► Les expériences d'infirmières avec des patients culturellement divers en milieu hospitalier ont été explorées toutefois les interactions infirmière-patient entre les patients de cultures diverses et des infirmières s'occupant d'eux dans des salles de soins aigus n'ont pas été explorées. ► Les soins à des patients de cultures diverses→rencontre culturelle→soins devant être culturellement congruents. ► Le service environnant peut influencé : Etude Canada : durée des interactions entre personnel infirmier et patients > 2 minutes chaque 12heures. Les facteurs : lourdes charges de travail, dépendance, évolution technologique→influencent les attitudes envers les patients et leur famille. ► Les difficultés linguistiques ont influencés l'implication et le niveau de participation de l'infirmière avec des patients de diverses cultures peut varier d'un patient à un autre. [...] ► Un petit nombre d'études a fait objet des perceptions des infirmières et leurs patients dans les relations infirmières-patients ... Les relations patients-infirmières culturellement diversifiées ont reçu peu d'attention.</p>

<p>Buts de l'étude</p> <p>Question(s) de recherche</p>	<p>► Explorer le processus de soins avec des infirmières et des patients culturellement divers pour répondre à la question suivante: Quelles sont les expériences de la relation des infirmières et des patients culturellement divers dans le processus de soins dans les services de soins de courte durée?</p>
<p>Méthode utilisée</p> <p>Population étudiée, caractéristiques</p>	<p>► Etude qualitative, approche d'interprétation : explorer la relation infirmière-patient à l'intérieur d'un processus de soins dans la perspective de l'infirmière et la diversité culturelle du patient en phase aigue dans un service de soins dans un hôpital avec en arrière-plan une population élevée de patients non-anglophones.</p> <p>► Infirmières et patients ont reçu des fiches d'informations et un formulaire de consentement. ► Codes numériques attribués pour l'anonymat. ► Critères recrutement : infirmières: ayant soigné des patients de diverses cultures pendant au moins les ¾ de leur hospitalisation actuelle. Patient : hospitalisé pendant au moins 3 jours en soins aigus, et ayant reçu les ¾ du soins de l'infirmière participante.</p> <p>► Huit infirmières et leurs patients qui se sont portés volontaires.</p> <p>► patient avait été hospitalisé pendant au moins 3 jours, avec un nombre égal en provenance d'Asie et du Moyen-Orient de milieux islamiques. 7 étaient de sexe masculin et 1 de sexe féminin. Tous, sauf un patient, ont eu une hospitalisation antérieure en Australie où ils avaient résidé pendant plus de 10 ans.</p> <p>► Quatre-vingts pour cent des infirmières avaient 3 ans d'expérience. ► Toutes étaient des femmes et avec des qualifications tertiaires, six avec des degrés et deux avec des diplômes. ► Cinq ont dit avoir reçu l'éducation sur les soins pour les patients de cultures diverses au sein de leurs programmes de sciences infirmières. ► Toutes les infirmières ont été dans une dyade¹¹ de soins avec leurs</p>

¹¹ Philosophie ensemble de deux principes qui se complètent

Processus et outils de recueil des données	<p>patients pendant au moins trois quarts de jour ou de soir.</p> <p>► Infirmières interrogées individuellement pendant une heure prévue et le lieu où le privé pouvait être maintenu. ► La durée des entrevues enregistrées sur bande audio : 45 minutes. ► Les travailleurs de la santé bilingues ont été engagés (compréhension de la langue anglaise). ► Questions ouvertes « Pouvez-vous me raconter comment l'infirmière a été auprès de vous au cours de cette hospitalisation ? » pour les patients. Pour les infirmières : « Pouvez-vous me raconter comment vous avez été vous occuper de votre patient au cours de cet épisode d'hospitalisation ? ». ► Entrevue non structurée pour la flexibilité.</p>
Processus et outils d'analyse des données	<p>► La bande a été transcrite et vérifiée. ► Le logiciel de gestion QRS NUD *IST Vivo23 a pris en charge des données et l'approche de Wolcott 24 a été suivie pour l'analyse des données. ► Les données ont été initialement analysées puis explorées d'avantage.</p>
Résultats de l'étude	<p>► Trois thèmes principaux ont été identifiés :</p> <p>► <u>«Tensions partagées»</u> : différence raciale, la visite et le sexe du soignant. Tensions ressenties autour de la famille et des visites, cas de patients asiatiques. Le sexe de l'aidant principal était un problème avec les patients du moyen orient lors de soins personnels et d'éducation aux soins. ► <u>« La différence perçue »</u> : la culture et les croyances d'accompagnement. La perception de différences culturelles a été exprimée par 2 patients d'Asie et du Moyen Orient. Les croyances spécifiques à chacun ont été décrites. Les perceptions des infirmières des différences culturelles et leurs convictions.</p> <p>► <u>«Prise de conscience »</u> : la langue et à un moindre degré le besoin d'information....Les patients et les infirmières avaient un regard accru concernant ces 2 aspects. Certains patients ont montré qu'ils étaient conscients qu'ils avaient besoin d'éducation au sujet de leur condition, de leur gestion et de ce qu'ils doivent faire pour leur santé.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	<p>Pas de tableau</p>

<p>Discussion des résultats</p> <p>Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude</p>	<p>► Les infirmières et les patients ont abordé des aspects similaires de soins dans leurs relations→la famille et les visites, les croyances, les communications et l'information sur leur condition et leur gestion. Cependant, les infirmières et leurs patients variaient parfois leur attention dans les aspects notamment en matière de visites et de croyances.</p> <p>► Principales sources de tension pour les patients musulmans : visites familiales et le sexe de l'aidant. Contribution aux tensions→faire respecter la politique des heures de visites. Les principales sources de tension pur patients asiatiques→perception de la discrimination raciale.</p> <p>► L'accent mis sur la différence plutôt que sur les similitudes ne prévoit pas un terrain sur lequel patient et infirmière bâtissent en commun une relation...L'accent au niveau de chaque patient devrait rapidement être mis sur place pour un terrain d'entente à partir duquel on construit des relations qui sont sensibles et respectueuses. ► Les différences influencent la façon dont les soins sont dispensés avec la sensibilité culturelle... ► La prise de conscience permet la reconnaissance du risque de l'incompréhension abordée dans la relation...</p> <p>► Le défi de l'alphabétisation en anglais de patients de cultures diverses...là réside des malentendus. ► La collaboration et le consensus entre l'infirmière et son patient sont essentiels pour des soins efficaces. Ces descriptions de relations, reflètent un niveau instrumental de la participation des infirmières, l'implication instrumentale dans les interactions infirmière-patient est centrée autour de la réalisation de soins infirmiers d'une manière quelque peu détachée. Ce niveau de participation peut provenir d'une partie des difficultés rencontrées dans les expériences... ► Patients du moyen Orient : la dépendance qui diminue peut être associée à la forte présence familiale=soutien affectif / ► Patients asiatiques : attribuée à leur stoïcisme et désir de ne pas « perdre la face ».</p>
<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>► Défi pour les infirmières de passer de leur niveau de participation à chaque patient de diversité culturelle à un engagement de réciprocité qui réalise une connectivité avec chaque patient.</p>

Limites de l'étude	<p>► Petit échantillon, présence de deux principaux groupes culturels diminue l'homogénéité. ► L'étude montre que l'enquête de la dyade infirmière-patient est possible, les patients avaient également connu d'autres dyades avec d'autres infirmières, possible d'adresser ceci en interviewant d'abord l'infirmière et le patient séparément, les conclusions sont provisoires et le transfert de paramètres similaires exige de la prudence.</p>
Intérêt pour mon travail de bachelor	<p>► Sujet parlant de l'influence de la culture dans la relation soignant-soigné et des thèmes spécifiques ressortent. Les perceptions des soignants et des patients sont exposées.</p>

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 3

Critères d'analyse	Notes / commentaires
<p>Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ?</p> <p>Mes attentes :</p> <p>Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?</p>	<p>► Découvrir de nouvelles expériences que des infirmières ont vécu dans le cadre d'une relation de soin avec des patients d'origine pakistanaise, quels sont les aspects qui interviennent dans cette relation, quelles difficultés ?, y-a-t-il de la discrimination ?...</p> <p>► Recherche de connaissances sur le thème</p>
<p>De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ?</p> <p>Source primaire (article de recherche)</p> <p>Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)</p>	<p>► Source primaire : article de recherche</p> <p>► Etude qualitative</p>
<p>De quelle source documentaire est tiré l'article ?</p> <p>Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?</p>	<p>► <i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>► Pubmed</p>
Année de publication	► 2004
<p>Auteurs de l'article :</p> <p>Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation</p>	<p>► Cortis J.D.</p> <p>Maître de conférences, École des soins médicaux, Université de Leeds, Royaume Uni</p>
Titre / Mots-clés importants	<p>► Meeting the needs of minority ethnic patients=répondre aux besoins des patients ethniques minoritaires</p> <p>► Mots-clés: soins infirmiers, des groupes ethniques minoritaires, Royaume-Uni, «holisme», de la culture, racisme.</p>

Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	► Retour sur des expériences d'infirmières et de patients sur la relation, thèmes principaux ressortis, quelles influences par rapport à la culture,...
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	<p>CONTEXTE : Certains aspects des soins infirmiers liés aux patients issus de minorités ethniques sont mis en évidence dans la littérature, mais il y a peu d'exploration des expériences des infirmières qui se sont occupées des personnes issues de groupes de minorité ethnique. BUT : Ce document rapporte une recherche sur les expériences enregistrées des infirmières et infirmiers s'occupant de patients pakistanais hospitalisés au Royaume-Uni. MÉTHODE : Une étude qualitative, auprès d'un échantillon de 30 Infirmières et infirmiers enregistrés en utilisant des entretiens semi-structurés. L'échantillon était auto-sélectionné à partir d'une grande organisation de services médicaux au nord de l'Angleterre, couvrant le domaine de l'aigu, critique et soin de réadaptations chez l'adulte. RÉSULTATS : Les interviewés avaient de la difficulté à expliquer la signification de la culture et de la spiritualité et leur rapport avec la pratique soignante. Ils avaient aussi une compréhension limitée de la communauté pakistanaise et les déficits ont été identifiés pour répondre aux défis offerts par cette communauté. La mise en œuvre inadéquate du 'holisme'¹², la pauvre préparation pour rencontrer les besoins d'une société ethniquement diverse et la présence de racisme dans la pratique a émergé pour expliquer les déficits des participants identifiés entre leurs espérances/attentes et la réalité dans les établissements de soins. CONCLUSION : Bien que le «holisme» soit un concept approprié pour améliorer la pratique en matière de soins, sa signification doit être discutée en outre afin d'éviter une approche formelle/symbolique à sa mise en œuvre dans le soin des patients des communautés ethniques minoritaires.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	► Hôpital dans le Ouest Yorkshire (Royaume-Uni), les patients concernés sont d'origine pakistanaise. Yorkshire : comté ethniquement divers.

Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Il y a peu de littérature qui a exploré les expériences de prises en soins d'infirmières de gens de communautés ethniques minoritaires dans un milieu hospitalier. Tendance dans les études d'envisager des communautés ethniques minoritaires comme homogènes et de recenser un manque de profondeur dans l'identification des expériences particulières des infirmières en communauté ethnique minoritaire.
Buts de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enquêter/investiguer les expériences des infirmières dans les soins aux patients pakistanais hospitalisés dans le Yorkshire Ouest.
Question(s) de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participants interrogés sur la culture, la spiritualité, leurs connaissances sur la communauté pakistanaise, leurs expériences des soins infirmiers auprès de patients pakistanais et la contextualisation des défis.
Méthode utilisée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Etude qualitative, approche d'interprétation, service de soins dans un hôpital avec en arrière-plan une population élevée de patients non-anglophones. ▶ Entretiens semi-structurés avec des questions complémentaires. ▶ Durée : 1 heure
Population étudiée, caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infirmières et infirmiers. ▶ Echantillon recruté à partir des soins aigus, soins intensifs et soins de réadaptation. ▶ Initialement 50 infirmières étaient sélectionnées mais l'échantillon a été réduit à 30 pour l'équilibre entre les trois paramètres cliniques. ▶ Les participants étaient formés à un niveau minimum de diplôme, ayant soigné un patient pakistanais au cours des 3 derniers mois et ayant eu un minimum d'expérience antérieure de 1 année
Processus et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entretiens semi-structurés avec questions complémentaires. ▶ Protocole d'entrevue très peu modifié. ▶ Durée : ~1 heure. ▶ Choix du lieu libre; la plupart dans des contextes cliniques. ▶ Les participants ont été interrogés sur la culture, la spiritualité, leurs connaissances sur la communauté pakistanaise, leurs expériences des soins infirmiers auprès de patients pakistanais et la contextualisation des défis.

Processus et outils d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Données transcrites en personne. ▶ Enregistrement sur bandes sonores. ▶ Transcription vérifiée pour la précision et les ajustements. ▶ Transcriptions codées, testées et confirmées. ▶ Thèmes et modèles identifiés. ▶ Codes vérifiés par une 2^{ème} personne.
Résultats de l'étude	<p>▶ Quatre thèmes : ▶ «culture» et «spiritualité» spiritualité = défi des soins infirmiers, mal comprise et appliquée. Difficulté de relier ces deux concepts. Des soins sensibles culturellement / spirituellement peuvent influencer les taux de récupération → majorité des participants ne croient pas que la culture affecte/concerne les soins. ▶ <u>Connaissance de la communauté pakistanaise</u> ; inexactitudes et tendance à se concentrer sur le domaine de la «différence» de leur propre culture (principalement de l'Ouest). «Culture» perçue comme appartenant à l'«Autre». Manque de reconnaissance des besoins religieux de l'Islam. Vision des soignants : besoin de visiter des parents à l'hôpital est une « obligation » pour cette communauté. Les infirmières pensent que les Pakistanais sont «végétariens». La barrière de la langue, pauvre ou non-existence de maîtrise de l'anglais. Pakistanais=« rôle de malade »→Beaucoup de stéréotypes sont ressortis. ▶ <u>Défis et déficits des soins infirmiers.</u> : différence de sexe, visite et présence de l'entourage notamment dans les soins, opinions partagés quant à la qualité du menu, gestion/prise en charge de la douleur→outils nécessitant une réponse verbale→difficulté de la langue, connaissances des besoins en diététique de cette communauté généralement faibles ou inexacts, besoins spirituels (manque de connaissances.-lieu...), communication=défi majeur, infraction potentielle de confidentialité avec une tierce personne. ▶ <u>Possibles facteurs explicatifs</u> : «holisme»→application limitée à la pratique-pas une interprétation uniforme de ce concept-un système intégré, manque de compréhension de la culture-contrastes entre les visions de l'Ouest et les visions du monde non-occidental, éducation multiculturelle insuffisante, le racisme et les expressions s'y rattachant sont secrets.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	Pas de tableau

Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ «holisme»→deux sens : ▶ vision globale de la personne et du système complémentaire des soins de santé de l'Ouest et des thérapies alternatives- mise en œuvre à cette communauté ethnique minoritaire ciblée est discutable-pas une interprétation uniforme. ▶ Reconnaissance et la gestion de la différence chez les patients est fondamentale pour les soins infirmiers mais le résultat de l'étude suggère que la réalité est assez différente, la mauvaise compréhension de la culture et la spiritualité manifestée ▶ Mise en œuvre limitée de soins «holistiques» aux patients pakistanais dans un hôpital, la majorité des participants n'a pas réussi à démontrer une compréhension approfondie et l'application de la culture et de la spiritualité au processus de soins des patients pakistanais hospitalisés,...
Perspectives de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ holisme : dans le futur, la conceptualisation est nécessaire pour parvenir à un consensus. La «culture», est l'un des éléments clés du soin «holistique», elle est mal comprise et mal appliquée→Défi pour l'éducation, la gestion, la recherche et la pratique des soins infirmiers.
Limites de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pas de limites exprimées.
Intérêt pour mon travail de bachelor	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les difficultés qui ressortent quant à la connaissance de la culture en générale, barrière de la langue, présence « secrète » de racisme, stéréotypes,... Les ressentis également qui interviennent dans ce type de relation.

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 4

Critères d'analyse	Notes / commentaires
Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Découvrir les expériences d'infirmières dans la relation de soin multiculturelle, connaissances au sujet de cadres culturels, d'autres raccords faits avec la santé-la politique-les institutions et les soins... ▶ Nouvelles connaissances sur le sujet
De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Article de recherche ▶ Devis qualitatif

Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)	
De quelle source documentaire est tiré l'article ? Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?	<p>► <i>Nurging inquiry</i></p> <p>► Pubmed</p>
Année de publication	► 2003
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	<p>► Dr Blackford Jeanine La Trobe/Austin, Ecole clinique en soins infirmiers, Ouest Heidelberg, Victoria, Australie</p>
Titre / Mots-clés importants	<p>► Cultural frameworks of nursing practice: exposing an exclusionary healthcare culture=Cadres culturels de pratique en matière de soins :exposition d'une culture d'exclusion de soins de santé</p> <p>► Mots clés: culture, la recherche féministe, les migrants, la pratique, blanc.</p>
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	<p>► Divers cadres culturels faisant partie de la pratique infirmières, retour d'expériences lors d'une relation de soins multiculturelle, histoire sur des théories post coloniales...</p>
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	<p>S'exposant dans une étude de pratique féministe dans laquelle des infirmières ont été invitées à explorer leurs expériences de soins envers des personnes de milieu culturellement et linguistiquement divers, des cadres culturels, délimités par des marqueurs reliés ensemble étant la race, l'appartenance/l'origine ethnique et le sexe, ont été construits pour analyser les comptes rendus narratifs des infirmières. Les objectifs de ce document sont de discuter du cadre analytique qui s'appuie sur les auteurs/écrivains noirs féministes et postcoloniaux utilisés pour examiner les constructions culturelles de la pratique infirmière. Il attirera également l'attention sur un des résultats principal de l'étude dans laquelle, de par ce processus analytique, de plus larges raccords entre la santé et les politiques gouvernementales multiculturelles, les structures institutionnelles et le microcosme de la pratique en infirmière ont été exposés. Grâce à cette analyse, une culture d'exclusion de soins de santé « centrée-blanc » a été exposée, qui a rendu des personnes d'origine non-anglophones invisibles.</p>

Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un grand hôpital pédiatrique métropolitain à Melbourne, en Australie, situé dans une région où 26% de la population sont soit d'un pays non-anglophone ou sont nés en Australie avec au moins un parent d'un pays non-anglophone.
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vision féministe postcoloniale utilisée pour examiner les cadres culturels de la pratique infirmière.
Buts de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Objectifs</i> : décrire le processus d'analyse d'un projet de pratique féministe qui s'est appuyé sur les théories d'écrivains noirs féministes et postcoloniales ainsi qu'attirer l'attention sur liens plus large entre la santé et les politiques gouvernementales multiculturelles, les structures institutionnelles et le microcosme de la pratique infirmière. Rencontres choisies pour illustrer la complexité des questions identifiées lors de réunion de soignants.
Question(s) de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▶ «Quels sont les cadres culturels de la pratique infirmière? »
Méthode utilisée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une méthodologie de pratique/praxis féministe a été utilisée dans l'étude (Lather 1991; Stanley et Wise, 1993), visant à impliquer les personnes→les infirmières. ▶ 5 groupes de collaboration ont été formé, composés de quatre à six membres. ▶ Rencontre tous les 15 jours durant 7 mois.
Population étudiée, caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune restriction n'a été imposée sur le nombre d'infirmières, pas limité qu'aux femmes. ▶ Sur les 26 l'un était un homme, sept étaient des NESB (milieu où l'on parle non anglophones). ▶ Représentation de divers postes cliniques, une gestionnaire d'unité infirmière, deux infirmières enseignantes cliniciennes, et trois personnes permanentes de nuit.
Processus et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle (chercheuse) a travaillé avec les soignants pour découvrir la pratique. ▶ Soignants = co-chercheurs. ▶ Rencontre tous les 15 jours. ▶ Méthodes qualitatives et quantitatives pour recueillir les données. ▶ Récits narratifs résultats des entrevues

Processus et outils d'analyse des données	<p>► Données analysées dans les réunions et utilisées pour comprendre, planifier, exécuter et suivre des actions de changement. ► Analyse des récits pour comprendre la façon dont les infirmières donnent sens à leur monde culturel. ► Une vision féministe postcoloniale utilisée pour examiner les cadres culturels de la pratique infirmière.</p>
Résultats de l'étude	<p>► <u>Redéfinition question recherche-Début</u> Xxième siècle race=descripteur biologique (personne non anglophone) – séparés par les caractères héréditaires (peau, couleur cheveux...) – après 2^{ème} guerre mondiale race=marqueur de la différence, classement selon caractéristiques comportementales (langue, culture, religion) et le sexe=caractéristique biologique. – hiérarchie des rôles féminins et masculins – cadres culturels=construction particulière de la signification de la culture dans la pratique de soins – pratique infirmière survenue dans un établissement hospitalier crée par la relation de soins avec les structures institutionnelles qui ont été « créées par l'activité humaine » → ces groupes ont crée un terrain culturel instable</p> <p>► <u>Construction d'une vision féministe postcoloniale :</u> C'est grâce à la ré-exploration des récits à travers une vision féministe que la culture de soins d'exclusions a été exposée – indépendance des diverses colonies → une théorisation particulière s'est posée autour de la relation entre colonisateur et colonisé – l'utilisation de termes de milieux de la politique gouvernementale comme « personne d'origine non-anglophone,... » peut être considérée comme une stratégie de contrôle – NESB¹³ par moment marginalisés, invisibles et utilisés pour cacher nos propres pratiques culturelles – Une vision postcoloniale a fourni l'occasion d'engager des infirmières/infirmiers avec le luttes quotidiennes qui tentent d'offrir des soins culturellement appropriés et la production de la connaissance des « autres » crée par nos expériences de recherches par lesquelles nous sommes venus nous connaître nous-« mêmes » → processus réflexif avec un but d'exposer les cadres culturels de la pratique infirmière – ► <u>Stratégies visant à exposer les</u></p>

¹³ Peuple d'origine culturelle et linguistique diverse.

	<p><u>cadres culturels</u> Pascoe :stratégies d'enseignements de soins concentrées uniquement sur l'exploration des comportements culturels de groupes ethniques particuliers→limite→position par rapport à la norme et les groupes ethniques considérés comme déviants – carrefour culturel quand 2 cultures se rencontrent comme dans les récits récoltés – ► Révision des données afin d'explorer le carrefour culturel :</p> <p>► <u>Positionnement culturel des soins infirmiers</u> positionnement culturel évident dans les récits (exemples présent dans la recherche : étiquettes attribuée en fonction des perceptions de comportement...) – actions mal interprétées quand pas d'interprètes présents mais la culture aurait crée le problème – ► <u>Contexte social et politique de la pratique infirmière</u> Les interconnexions entre les marqueurs formant les cadres culturels et le contexte social et politique provoquent des tensions dans les soins (exemple : conflit entre les différentes constructions culturelles de la famille et les rôles des sexes pris dans la politique sur le consentement éclairé) – ► <u>Cadre de sexe/genre</u> : construction occidentale de la famille/rôle de la femme, égalité des sexes → phénomène récent, difficulté d'accepter la structure patriarcale de la famille des NESB mais des contradictions existes..., l'inaction infirmière a renforcé la relation patriarcale, en privilégiant l'égalité des sexes dans relations avec les femmes NESB les infirmières ont rendu invisibles le positionnement culturel des femmes ..., Avec des femmes NESB → risque de privilégier les sexes sur la race et l'ethnicité ► <u>Exposition de la culture d'exclusion des soins de santé : une culture de la blancheur</u> Hôpital adapté à une population anglosaxonne/gens de Melbourne pas tous dans ce cas – les marqueurs sélectionnés (race ou origine ethnique, sexe) formant la structure des cadres ont posé problème.-La race : utilisée dans des emplacements historiques particuliers – Le sexe devenu une position socialement construite et un outil politique pour revendiquer l'égalité-une culture construite dans le cadre, une culture de la blancheur-efforts difficiles pour examiner les intersections entre les marqueurs – les rencontres éphémères</p>
--	--

	<p>culturelles entre soignant-patient ont perturbé la conformité de l'établissement de la santé occidentale-Stabilisation grâce à des systèmes d'exclusion et de répression – problème quand pas d'interprètes pour les femmes – trop de responsabilités pour certaines femmes car construction familiale patriarcale – position soumise de la mère rôle défini pouvant avoir été culturellement appropriés pour les infirmières ce qui a rendu le propre positionnement culturel des femmes NESB invisible – les cadres culturels ont démontré une culture de soins d'exclusion résultat de la pratique infirmière/des institutions/de la politique-les soignants ont découverts les inégalités au sein de leurs propres pratiques – La structure de l'hôpital a renforcé cette culture centrée « blanche » en raison du nombre de visiteurs (2) et les heures de visite → conflit – conflit par rapport au consentement parental → dimensions juridiques (structure famille) ▶ <u>Au delà des frontières institutionnelles</u> La population multiculturelle recherche des soins de santé invisibles – absence d'évaluation des services d'interprétation sur place – des organisations (assurance-maladie, unité nationale périnatale,...) n'ont jamais recueilli des données sur l'appartenance ethnique ou ont cessé de recueillir-L'origine ethnique de la population est restée invisible dans les soins localement et nationalement cela étant vu dans l'utilisation du terme de « diversité culturelle et linguistique » par le gouvernement fédéral. – une telle catégorisation rend invisible leurs différences de vie dans une Australie à prédominance blanche – aucune structure ou population n'est tenue responsable de cela et assume cela.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	▶ Pas de tableau
Limites	▶ Recherche axé seulement sur l'expérience des infirmières et en excluant la voix des gens de NESB
Intérêt pour mon travail de bachelor	<p>▶ Discussion de divers cadres culturels faisant partie de la pratique infirmières ainsi que de leurs influences sur la prise en soins.</p> <p>▶ Conséquence → marginalisation des différences culturelles par ex. Expérience d'infirmières et de patients nommées pour exemplifier certaines situations et aidant à</p>

	dévouir ce qui se joue dans la relation. Connaissances historiques, notamment de la théorie post coloniale, vision féministe coloniale, la culture,...
--	--

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 5

Critères d'analyse	Notes / commentaires
Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Quelle forme adopte la discrimination dans le cadre de l'accès aux soins et cela selon l'origine, quelle influence elle a sur les soins et ainsi peut être sur la relation soignant-soigné... ▸ Je recherche une confirmation de mes idées et des connaissances sur le thème.
De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche) Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recherche doctorale ▸ Devis qualitatif
De quelle source documentaire est tiré l'article ? Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?	<ul style="list-style-type: none"> ▸ <i>Santé publique</i> ▸ Cairn
Année de publication	▸ 2007
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Estelle Carde <p>Chercheuse associée à l'UMR 5185 ADES/SSD, Université Victor Segalen Bordeaux</p>
Titre / Mots-clés importants	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins = <i>access to health care and racial discrimination</i> ▸ Mots clés : Discrimination selon l'origine – accès aux soins – accès aux droits à une couverture maladie – politiques d'immigration – culturalisme – Guyane
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	▸ Idem par rapport à ce que je recherche...1 ^{ère} case.
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	La discrimination est un traitement différentiel, défavorable et illégitime. Notre recherche doctorale a porté sur les discriminations fondées sur l'origine, quand elles se déploient dans le champ de l'accès aux soins. Nous avons observé et interrogé au cours

	d'entretiens semi-directifs, sur leurs lieux d'exercice, 175 professionnels de l'accès aux soins (administratifs, soignants et travailleurs sociaux) en France métropolitaine et en Guyane. À partir de l'analyse qualitative de ce matériau nous avons dégagé trois types de processus discriminatoires. Les deux premiers se fondent sur la perception, par le professionnel, d'une différence d'origine chez l'usager («délégitimation» et «différenciation»). Le troisième résulte de logiques institutionnelles indépendantes de l'intentionnalité des professionnels (discriminations indirectes). L'article se conclut sur une série de recommandations visant à lutter contre ces discriminations.
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	▶ Trois régions de France métropolitaine (Aquitaine, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais), et en Guyane
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	▶ Recherches portant sur la discrimination selon l'origine ont relativement peu été investies dans le domaine de la santé.
Buts de l'étude	▶ Repérer des traitements différentiels opérés par les professionnels à l'accès aux soins auprès de certains groupes – mise en évidence du processus discriminatoire et identification des groupes victimes – repérer traitements défavorables affectant les étrangers
Question(s) de recherche	▶ Pas de question clairement explicitée
Méthode utilisée	▶ Entre 2001 à 2003, observation des professionnels sur lieux d'exercice. ▶ Personnes interrogées lors d'entretiens semi-directifs. ▶ durée : 1h-1h30.
Population étudiée, caractéristiques	▶ 175 professionnels de l'accès aux soins. Trente-quatre agents administratifs (Caisses Primaires de l'Assurance Maladie – Aide Médicale Etat et Couverture Maladie Universelle – Directions des Affaires Sanitaires et Sociales) Les autres étaient des professionnels du soin (médecins, infirmiers, etc.) (72) et des travailleurs sociaux (57). Recrutés par la méthode dite de boule de neige à l'exception des administratifs

Processus et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entretiens semi directifs (durée 1h-1h30) enregistrés et retranscrits intégralement.
Processus et outils d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prise en compte du « contexte » de ces données ▶ Analyse qualitative de type interprétatif ▶ Enregistrements
Résultats de l'étude	<p>▶ Typologie des processus discriminatoires : <i>Discriminations directes</i> (perception des professionnels) ▶ La délégitimation. Le bénéficiaire de la couverture maladie délivrée par l'aide sociale est volontiers présenté comme un « assisté », ses soins « coûtent cher aux cotisants », l'altérité → par rapport à la norme générale qu'est l'assurance, « assistés-étrangers-en situation irrégulière » = poids pour les cotisants et les nationaux, connotations péjoratives associées à ces points là. Des pratiques différentielles, défavorables et illégitimes et donc discriminatoires sont faites par des professionnels. Suspicion généralisée (personne étrangère) fait le lit de pratiques discriminatoires.</p> <p>▶ La différenciation Différence qualifiée de « culturelle ». Certains professionnels justifient que la personne soit orientée vers une offre en soins dérogatoires au droit commun (service proposé à tous) il pourrait s'agir d'une consultation en ethnopsychiatrie par exemple. → discrimination positive mais il peut s'agir de discrimination selon l'origine et donc être dans un sens négatif. (réstriction accès droit commun-traitement alternatif peut être inadapté-risque de stigmatisation). Différence → interprétation surdéterminante. <i>Discriminations indirectes</i> (logiques institutionnelles) Croisement entre origine étrangère/précarité, réticence de médecins à une prise en soins de patients ne faisant pas pas d'avance de frais (payeront parfois une avance de frais et des dépassements d'honoraires pas remboursés) . Certaines situations ont affectées certaines personnes étrangères en raison de dysfonctionnements institutionnels.</p> <p>▶ Typologie analytique.</p> <p>▶ Les différents processus s'associent les uns aux autres. Les discriminations selon l'origine se mêlent à des discriminations d'autre nature (socio-économiques).</p>

Tableaux et figures présentant les résultats	► Pas de tableaux
Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude	<p>► Couverture maladie « universelle » → calmer suspicion à l'égard des personnes d'apparence étrangère</p> <p>► Insistance sur la répression de l'immigration irrégulière par les politiques de l'immigration → atténuation de l'association entre figure d'étranger et hors la loi.</p> <p>► Eviter que la perception d'une différence ne prive de l'accès au droit commun.</p> <p>► Prendre en compte la diversité des usagers du système de soins mais avec des structures prévues pour tous.</p> <p>► Communication sur ce phénomène → effet positif en prévention.</p>
Perspectives de l'étude	<p>► Recommandations : instauration d'une nouvelle couverture maladie incluant tous les résidents – insistance sur la répression de l'immigration irrégulière par les politiques de l'immigration – lutte contre les pratiques concrètes – rappel de l'obligation légale des professionnels de soins - ...</p>
Limites de l'étude	<p>► Interroger les auteurs ou les témoins → 2 types de limites : n'ont été étudiées que les pratiques connues des professionnels et donc rapportées par eux. N'a pas été analysée la dimension dynamique, interactive, de la construction des catégorisations.</p> <p>► Une difficulté de l'analyse : faire la distinction entre les traitements différentiels qui relèvent de discriminations selon l'origine de ceux qui relèvent de discriminations fondées sur d'autres critères (sexe, niveau socio-économique)</p>
Intérêt pour mon travail de bachelor	<p>► Quelques notions par rapport à l'influence institutionnelle sur la mise en place de discrimination en 1^{er} plan par les assurances qui influencent ensuite les prises en soins. Prise de connaissance de 3 types de processus discriminatoires (perception de la différence et logiques institutionnelles indépendantes de l'intentionnalité des professionnels. ...)</p>

■ Grille 6

Critères d'analyse	Notes / commentaires
<p>Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ?</p> <p>Mes attentes :</p> <p>Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?</p>	<p>► Découvrir les éventuelles difficultés dans la communication au sein d'une relation soignant-soigné multiculturelle, prendre connaissance d'expériences vécues.</p> <p>► Attentes : confirmation de mes idées et connaissances sur le thème.</p>
<p>De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ?</p> <p>Source primaire (article de recherche)</p> <p>Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)</p> <p>De quelle source documentaire est tiré l'article ?</p> <p>Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?</p> <p>Année de publication</p>	<p>► Recherche qualitative</p> <p>► <i>International journal of nursing studies</i></p> <p>► Pubmed</p> <p>► 2003</p>
<p>Auteurs de l'article :</p> <p>Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation</p>	<p>► R. N. Cioffi Jane</p> <p>► École des sciences infirmières, Santé familiale et communautaire, le Collège de l'Université des sciences sociales et la Santé, de Western Sydney, Australie</p>
<p>Titre / Mots-clés importants</p> <p>Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis</p>	<p>► Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting :</p> <p>nurses'experiences=Communiquer avec des patients culturellement et linguistiquement divers dans un cadre de soins aigus : expériences d'infirmières.</p> <p>► Mots-clés: patients culturellement et linguistiquement diverse; communication; des infirmières et infirmiers; stratégies; cadre e soins aigus.</p> <p>► Communication intervenant dans une relation soignant-soigné multiculturelle.</p>
<p>Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ?</p> <p>Intérêt des références bibliographiques ?</p>	<p>La communication avec des patients culturellement et linguistiquement divers (CLD) a été démontré difficile. Cette étude décrit l'expérience de la communication des infirmières avec les patients CLD dans un établissement de soins actifs. Un échantillon choisi d'infirmières et sages-femmes certifiées (n = 23) a été interviewé. Les principales conclusions étaient</p>

	<p>les suivantes: les interprètes, les agents de santé bilingue et des combinaisons de différentes stratégies ont été utilisées pour communiquer avec les patients CLD; certaines infirmières ont montré l'empathie, le respect et la volonté de faire un effort dans le processus de communication avec d'autres, montrant une orientation ethno-centrée. Les principales recommandations étaient les suivantes: priorités à l'accès à des services linguistiques appropriés, en fournissant aux infirmières le soutien de travailleurs de la santé, par exemple, des travailleurs de la santé bilingues qui sont en mesure de fournir de plus amples informations en profondeur, ce qui augmente la compréhension des infirmières des questions juridiques au sein de rencontres avec les patients, soutenir les infirmières à traduire leur prise de conscience de la diversité culturelle dans l'acceptation de celle-ci, l'appréciation et l'engagement pour les patients CLD et leurs familles.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<p>► Hôpital périphérique avec une population de 70% de patients CLD dans un service de santé de la région du Grand Sydney occidental.</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► Aucune étude australienne n'a recherché à explorer les expériences de communication que les infirmières ont avec des patients adultes culturellement et linguistiquement divers dans un des établissements de soins aigus.</p> <p>► Modèle interprétatif-descriptif dans la tradition qualitative</p>
Buts de l'étude	<p>► Découvrir l'expérience de communications des infirmières et infirmiers avec ces patients. Comment les infirmières gèrent les communications interculturelles plus particulièrement les stratégies qu'elles utilisent avec des patients de diversité culturelle et linguistique.</p>
Question(s) de recherche	<p>► «Quelles sont les expériences de communication des infirmières avec des patients de diverses cultures dans un service de soins aigus d'un hôpital? ».</p>
Méthode utilisée	<p>► Formulaire de consentement et informations sur l'étude.</p> <p>► Les participants ont été attribués d'un code numérique pour l'anonymat.</p>

<p>Population étudiée, caractéristiques</p> <p>Processus et outils de recueil des données</p> <p>Processus et outils d'analyse des données</p>	<p>► Interviews de ≈ 45 minutes. ► Lieu et moment garantissant la vie privée.</p> <p>► Question ouverte : "Pouvez-vous me parler de votre expérience des soins infirmiers aux patients CLD?"</p> <p>► Vingt-trois infirmières.</p> <p>► Critère : cinq ans ou plus d'expérience de travail avec les patients CLD dans un hôpital de soins aigus.</p> <p>► Entretiens enregistrées avec permission.</p> <p>► Bande transcrite et chaque transcription vérifiée pour assurer l'exactitude.</p> <p>► Transcriptions lus et relus jusqu'à ce que la connaissance avec les données ait été réalisée et qu'un sens de l'ensemble ait été appréhendé.</p> <p>► Les données ont été regroupées en unités et classées par catégorie.</p> <p>► 9 participants ont vérifié les résultats.</p>
<p>Résultats de l'étude</p>	<p>► 12 sages-femmes/11 infirmières→13 de milieu anglo-centrique et 10 d'une variété de groupes ethniques. 3/23 ont reçu une formation multiculturelle. Les infirmières ont du recourir à des interprètes et des travailleurs bilingues ainsi que d'autres stratégies. ► Accès et travail avec les interprètes : L'accès est plus facile pour les principaux groupes de patients CLD (chinois, arabe), plus difficile pour les groupes de patients CLD mineurs (slovaque, somalien). Difficultés les week-ends et pendant la nuit→ incapacité de savoir quand un interprète serait nécessaire a souvent compliqué les situations (ex :admission). Permettre aux malades d'utiliser des interprètes par téléphone a été jugé maladroit, l'accès à un téléphone assez difficile. Service des interprètes→limitations existantes : temps disponible, quantité d'informations raisonnables, la confidentialité, la traduction réelle de ce qui était dit. ► Accès et travail avec les travailleurs de la santé bilingues : l'accès relativement facile car basés à l'hôpital, ont souvent été en mesure de soutenir toutefois, pas pour tous les types de groupes de patients CLD. Les infirmières trouvent l'information fournie comme étant bénéfique pour les soins. Ils contribuent à la rencontre et à la communication par la clarification des questions centrées sur le</p>

	<p>patient→mise en œuvre des soins culturellement congruents plus individualisé et la médiation dans des situations complexes et émotionnelles. ▶ D'autres stratégies utilisées par les infirmières pour communiquer avec les patients CLD : graphiques, un membre de famille, des signes et le langage du corps. L'utilisation de la famille. Maîtrise de quelques mots clés et phrases de la langue utilisées pour faciliter les communications. L'aide des infirmières bilingues→conséquences→patients attendaient des changements lorsque les infirmières bilingues étaient présentes pour communiquer. Les infirmières bilingues avaient des inquiétudes→risques associés de retarder la communication et la communication avec les patients pourrait être compliquée par les dialectes. Combinaison de stratégies « je reprend leurs paroles, me familiarise avec une partie de leur langue, demandez aux membres de la famille d'écrire sur une feuille les choses générales ». Difficultés : patients qui ne savaient absolument pas l'anglais. Infirmières : au courant des modes de vie culturels qui influent sur la communication, ces différences ont des répercussions sur les soins. ▶ Attitudes des infirmières dans des situations de communication : En décrivant les moyens de communication cela a permis de mieux comprendre leurs attitudes. Infirmières étaient empathiques, respectueuses et disposées à faire un effort pour réduire la marginalisation et, l'isolement social. Quelques infirmières avaient une attitude négative à l'égard de patients CLD (frustration avec la barrière de la langue). Certaines infirmières étaient préoccupées par la qualité des soins car il était difficile de communiquer. L'amélioration de l'accès à des interprètes a une influence sur la qualité de la capacité à offrir des soins culturellement compétents.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	▶ Pas de tableaux
Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude	▶ L'accès aux interprètes a été plus souvent utilisé pour les principaux groupes de patients CLD. Pour les sous-groupes des patients CLD cela était plus difficile pour les week-ends et les nuits. ▶ Difficulté administrative de la prestation de services linguistiques d'une population de patients CLD qui parle plusieurs langues. Les

	<p>groupes culturels et linguistiques divers, qui venaient d'arriver en Australie, ne disposaient pas des ressources qui étaient disponibles pour les groupes les plus établis. ▶ Essentiel qu'il y ait équité d'accès aux interprètes pour une communication adéquate. ▶ Interprètes et agents de santé bilingues → pour infirmières → ressource clé formelle dans le cadre de soins aigus. → Les infirmières ont appris au sujet des groupes de patients CLD et récolté des mots clés → meilleures relations et communication. ▶ Les infirmières ont permis d'individualiser le processus de soins qui a été plus culturellement congruent. ▶ L'emploi de travailleurs de la santé bilingues est une ressource qui augmente la congruence culturelle des soins Les travailleurs de la santé bilingues disponibles que pour 2 des groupes culturels spécifiques → infirmières et infirmiers travailleurs de la santé bilingues ont été nécessaires pour d'autres groupes. ▶ La qualité des soins a été reconnue par les infirmières d'être associé avec l'appui qu'elles ont reçu. ▶ Toutefois, infirmières ont indiqué que le soutien qu'elles ont reçu des interprètes a soulevé des questions pour elles → pas comprendre ce qui était interprété tant du patient que d'eux mêmes. ▶ Certains patients se méfient des interprètes. ▶ Le manque de disponibilité des interprètes → problème majeur aggravé par la nécessité de donner des soins sur une période de 24 h. ▶ Interprètes et les travailleurs de la santé bilingues sont intrinsèques à travailler avec leurs patients CLD. ▶ Infirmières les ont perçus comme une partie intégrante de l'équipe, conscientes de leur contribution. ▶ Les infirmières ont été trouvées à utiliser des stratégies de communication multiples (membres de la famille et des infirmières bilingues). ▶ Les interprètes non officiels peuvent compromettre la qualité des soins → responsabilité pour faute en cas de dommage. ▶ Recours à des infirmières bilingues par des infirmières unilingue → quelques infirmières bilingues ont exprimé des inquiétudes au sujet du rôle dont elles ont été affectées et de la qualité de leur interprétation et des exigences des politiques existantes. L'implication d'emploi des infirmières bilingues comme une stratégie doit vraiment être évaluée. ▶ Quelques infirmières considèrent que les</p>
--	---

<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>patients CLD pourraient faire plus d'effort. ▶ Des infirmières décrivent leurs efforts montrant qu'elles respectaient les patients CLD et travaillaient à réduire la marginalisation, d'autres infirmières décrivent la complexité du processus de communication et le qualifie comme frustrant pour elles et pour leurs patients. Difficultés similaires dans d'autres études. ▶ Une approche anglo-centrique a été montrée. Des infirmières d'autres origines ethniques ont tenu des vues particulières sur leurs propres groupes de patients. ▶ La culture individuelle influence sur l'interprétation du comportement des patients ainsi que leurs réponses aux patients. ▶ L'ethno-centrisme est reflété, aspects éthiques et professionnels doivent être abordées. ▶ Prise de conscience des différences dans l'acceptation, et l'appréciation pour les patients CLD et leurs familles doit être développée. ▶ Des approches stéréotypées doivent être examinées. Les infirmières ont l'intention de faire tout pour considérer la culture, l'incorporer dans les soins. ▶ Soins qui sont de nature éthique et susceptibles d'être culturellement congruents plutôt qu'une imposition culturelle. (Ex :inégalité d'accès aux services de soutien pour tous les types de groupes de patients CLD.). ▶ Charge de travail augmentée pour communiquer, organiser et travailler avec des interprètes et travailleurs de la santé bilingues→infirmières ne soulèvent pas le temps.</p> <p>▶ Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Évolution de la signification culturelle et linguistique de la population * Les infirmières doivent être soutenues par les travailleurs des soins de santé * Les infirmières ont besoin d'accroître leur compréhension des questions juridiques au sein de rencontres avec les patients * Les infirmières bilingues doivent être convenablement préparés à leur rôle dans la gestion des patients CLD de leurs propres groupes culturels * Les infirmières qui ne montrent que la sensibilisation de la diversité culturelle doivent être encouragés et aidés à traduire cette prise de conscience dans l'acceptation de, l'appréciation et l'engagement de patients CLD et leurs familles
--------------------------------	--

Limites de l'étude	* Programmes d'amélioration continue de la qualité pour traiter les événements indésirables aux patients CLD est nécessaires. ▶ Pas de limites clairement exprimées
Intérêt pour mon travail de bachelor	▶ Recherche ciblant la communication qui s'établit dans une relation soignant-soigné, ses difficultés et ses bénéfices, explique également les stratégies utilisées pour remédier aux problèmes entre autre l'utilisation du soutien d'interprètes et de travailleurs de santé bilingues. ▶ Recherche donc intéressante car investie l'une des facettes de la relation

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 7

Critères d'analyse	Notes / commentaires
Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?	▶ Impact que la culture peut avoir sur les soins. Dans cette étude, il s'agit de la culture islamique plus spécifiquement. ▶ Avoir de nouvelles connaissances sur le thème et une confirmation de mes idées.
De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche) Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)	▶ Revue de littérature
De quelle source documentaire est tiré l'article ? Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?	▶ <i>International journal of nursing practice</i> ▶ Pubmed
Année de publication	▶ 2007
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	▶ <i>Mohammadi N.</i> Etudiant en doctorat, Département de soins infirmiers cliniques, Faculté des sciences de la santé, de l'Université d'Adelaide, Australie du Sud. ▶ <i>Evans D.</i> Directeur de programme-degré recherche, École des sciences infirmières et de sages-femmes, de l'Université d'Australie du Sud, Campus de la ville de l'Est, Adelaide, Australie du Sud ▶ <i>Jones T.</i> Gestionnaire, Centre australien pour la pratique clinique fondée sur des preuves, Flinders Medical Centre, et Professeur à l'Université Flinders, à Adélaïde,

	en Australie du Sud
Titre / Mots-clés importants	<p>► Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures=Musulmans dans les hôpitaux australiens :le heurt des cultures.</p> <p>► Mots clés: choc culturel, la diversité de la culture, les soins infirmiers multiculturelle, musulman.</p>
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	<p>► Explications par rapport à l'influence des principes islamiques sur les soins. Exposition des difficultés d'intégration d'une autre culture.</p>
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	<p>L'objectif de ce document est de passer en revue la nature multiculturelle de la société australienne, avec un centre spécifique sur la culture Islamique. Des principes islamiques seront présentés et l'impact que cela a sur la fourniture de soins de santé des personnes Musulmanes sera exploré. Ce document met en évidence des questions auxquelles des patients Musulmans font face une fois hospitalisé en Australie. L'Australie a vu un changement majeur dans sa société, de l'Européen anglophone à celui qui revendique l'énorme diversité culturelle. Cependant, cette diversité culturelle constitue un certain nombre de défis pour un service de soins de santé Occidental basé sur différents besoins et espérances. Ce défi est peut-être le plus évident pendant des périodes de maladie, quand le patient musulman doit essayer d'adhérer aux principes de leur foi dans l'environnement non-Islamique de l'hôpital australien. Les différences discutées dans ce papier mettent en évidence l'importance d'avoir des stratégies qui identifient les besoins et les espérances des consommateurs culturellement divers du système d'hôpital.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<p>► Ce document traite de la société multiculturelle de l'Australie avec un accent mis sur les besoins de soins de santé et les attentes d'une communauté islamique en Australie.</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► La documentation traitant des patients musulmans dans le système de santé de l'Ouest est très limitée. On a peu écrit sur le développement d'un cadre théorique de la prise en charge dans une perspective islamique.</p>

Buts de l'étude	<p>► Passer en revue la nature multiculturelle de la société australienne, avec un centre spécifique sur la culture Islamique. Les principes islamiques et impacts sur la fourniture de soins de santé des personnes Musulmanes sont présentés.</p>
Question(s) de recherche	<p>► Aucune</p>
Méthode utilisée	<p>► Synthèse de littératures</p>
Population étudiée, caractéristiques	<p>► Personnes/patients de cultures islamique et soignants</p>
Processus et outils de recueil des données Processus et outils d'analyse des données	<p>► Reprennent diverses informations quant à la culture islamique dans la société Australienne et font le lien avec les soins.</p>
Résultats de l'étude	<p>► Société multiculturelle : La société australienne est une communauté diversifiée. Différences se rapportent à la culture – l'appartenance ethnique – la langue et la religion. Classification standard australienne→240 catégories de langues avec l'anglais qui est la langue la plus couramment parlée/125 catégories religieuses, le christianisme le plus communément enregistré (68%), avec l'islam étant de 1,5% de la population. Evidance de la diversité linguistique et religieuse au sein de la population australienne, mais ne tiennent pas compte du degré de la diversité culturelle. La satisfaction des besoins de cette population =défi. Communauté islamique=groupe minoritaire en Australie. Un total de 281 576 musulmans, environ 1.5% de la population. Au sein de la communauté islamique, il existe encore une diversité culturelle. Ceux qui suivent le principe et les croyances de la loi islamique sont considérés comme musulmans. ► Musulmans = disciple de la loi islamique, mot musulman=celui qui se soumet à la volonté de Dieu →le vrai but de la vie est le culte de Dieu, la réalisation de son intelligence et un dévouement complet à Dieu. 1^{er} devoir d'un musulman→adorer Dieu. 2^{ème} devoir→servir l'humanité. (adeptes) Deux différentes sectes→les sunnites 85% et les chiites. Différents sous-groupes existent qui diffèrent en termes de leur interprétation. L'Islam→culture qui a une incidence sur</p>

	<p>chaque partie de vie des musulmans→ a un état dynamique en réponse à des situations nouvelles. 2 codes importants : des articles de foi et les cinq piliers de Islam=fondement de la vie des musulmans→principe des actes de culte. Le respect et la pratique de ces actes sont obligatoires→5 piliers: la déclaration de foi (Chahada), cinq prières quotidiennes prescrites (Salah), le jeûne pendant le mois de Ramadan (jeûne), l'impôt sur la fortune (Zakat), et un pèlerinage à La Mecque (Hadj). 3 sources qui guide: le saint Coran, la Sunna (la pratique du prophète Mahomet) et le Hadith (paroles du prophète Mohammad) ▶ Culture : elle se réfère au comportement humain, l'organisation sociale, les structures et l'idéologie qui appartiennent à un groupe social. «apprendre et à partager les croyances, les valeurs et modes de vie de certains groupes. . . ». Série de normes, valeurs et hypothèses qui créer des sous groupes. Culture=dynamique. Le changement est causé par les progrès de la technologie et de la communication, ou comme une suite d'événements tels que les migrations, les catastrophes naturelles et la guerre. Les règles d'une culture changent avec chaque génération. Attitudes, comportements et croyances changent dans les sociétés ouvertes. Différences ethniques et raciales. Appartenance religieuse, langue, sexe et orientation politique. Australie→la diversité accrue des besoins qui doivent être satisfaits par la société, et par un système de santé qui est fondée principalement sur la culture occidentale. La culture islamique→exemple de ce dilemme. ▶ Le choc des cultures=conflit entre deux philosophies, (...) D'où l'ignorance et les préjugés d'une culture passe au premier plan, plutôt que de la comprendre. Exemple de choc culturel→expérience d'hospitalisation d'une personne islamique dans un établissement de soins de santé non-islamique. Potentiel d'un conflit a ses fondements dans les difficultés rencontrées par le patient musulmans tentent de respecter les principes de sa foi dans l'environnement de soins de santé non-islamique. Difficultés d'adhérer à leurs principes religieux par rapport à la prière, au jeûne, à l'alimentation, à l'habillement et aux interactions entre les sexes.</p> <p>L'observation de la prière (cinq fois par jour,</p>
--	---

<p>Tableaux et figures présentant les résultats</p>	<p>aux temps désigné de l'aube, versets coraniques + prostrations + ablution rituelle avant d'effectuer la prière.) Les femmes musulmanes habillées avec tête, bras et jambes couverts→pas autorisés à effectuer la prière au cours de leur période mensuelle, ni d'entrer dans une mosquée→bain rituel suite à la période. Le respect des obligations de la prière dans un établissement chargé de la santé peut être difficile et exigeant comme l'exemple de jeûner pendant le mois islamique du Ramadan. (purifier spirituellement et physiquement) Malgré des exceptions, il pourrait être difficile pour un patient musulman d'adhérer à ce principe islamique lors d'une hospitalisation. Conseils pour une vie pure et saine→halal = licite → viande halal celle abattue au nom de Dieu et vidée de son sang. Haram=illégal→sang, le porc et l'alcool. Les principes islamiques interdisent la consommation de certains animaux (...) atteindre ces principes alimentaires islamiques pourrait créer des difficultés pendant l'hospitalisation. Problème aggravé quand les fournisseurs de soins de santé ne comprennent pas entièrement l'importance de l'alimentation pour le patient musulman.</p> <p>Robe et la modestie, pour les femmes →Hijab est la couverture de la tête et du corps, des bras et des jambes. Vêtements amples et les courbes du corps pas perceptibles→difficile surtout au cours d'hospitalisation, et a le potentiel de causer des difficultés tant pour le patient et prestataire de soins de santé, pas rare pour les hommes prestataires de soins de santé à fournir des soins aux patients de sexe féminin→gêne pour la patiente musulmane et tensions inutiles dans la relation entre le patient et les prestataires.</p> <p>► Pas de tableau</p>
<p>Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude</p>	<p>► Rencontre de deux cultures différentes. 1^{ère} étape pour les fournisseurs de soins de santé→connaître et reconnaître que ces différences existent. 2^{ème} : avoir des stratégies pour identifier et intégrer ces différences dans les soins offerts. Cette diversité est un autre défi pour le service de santé basé occidental de tenter de répondre aux besoins des patients islamiques et souligne l'importance de</p>

	<p>l'individualisation des soins.</p> <p>► La documentation traitant des patients musulmans dans le système de santé de l'Ouest est très limitée, elle n'a pas été pleinement explorée. ► Probable que les stratégies n'ont pas été développées pour gérer de nombreuses questions pour les patients musulmans...Il n'existe pas de modèle de soins infirmiers pour offrir des soins aux personnes islamiques dans la littérature. Il y a peu d'écrit sur le développement d'un cadre théorique de la prise en charge dans une perspective islamique. ► Important que ces valeurs islamiques soient intégrées dans la fourniture de soins de santé→informations utiles pour répondre aux besoins. ► La méconnaissance induit une prise en charge plus difficile. Le choc peut être évité si les infirmières et autres assurent la prestation de soins étant assez souple pour intégrer les priorités et les besoins de la communauté multiculturelle australienne. ► Leininger explique que les soins infirmiers sont essentiellement un phénomène transculturel. Identifier les différences culturelles et l'importance des rituels pour les patients. ► Les matériaux de référence avec les descriptions des différents besoins culturels pourraient fournir des informations mais en se fondant uniquement sur l'utilisation de ces derniers on pourrait empêcher que les infirmières établissent de bons rapports individuels et une connaissance suffisante de groupes culturels de patients musulmans.</p> <p>► Par conséquent, les évaluations de soins infirmiers qui sont faites sur l'admission à l'hôpital, et se concentrent généralement sur l'état physiologique des patients et des antécédents médicaux, devraient intégrer des questions qui visent à susciter des pratiques culturelles et des coutumes, de sorte que ces questions peuvent être correctement prises en compte dans un plan de soins infirmiers des patients. ► Il n'est pas toujours possible de tenir compte des questions d'importance, telles que la fourniture de viande préparée halal, mais il pourrait être possible de planifier des stratégies de remplacement au moment de l'admission à l'hôpital. ► Travailler avec les patients à comprendre leurs besoins et en étant sensible à leurs croyances aidera à fournir des</p>
--	--

Perspectives de l'étude	<p>soins infirmiers compétents et holistique.</p> <p>► Culture islamique = exemple de défis pour la santé.</p> <p>► De nombreuses infirmières Australiennes savent très peu sur les musulmans et leurs besoins spécifiques. Il s'agit d'un problème qui est fréquemment rencontré dans les hôpitaux australiens.</p> <p>► De futurs modèles de soins de santé doivent s'efforcer de développer des modèles de soins de santé novateurs qui (...) reconnaissent les besoins d'autres groupes culturellement divers.</p> <p>► Pour satisfaire les besoins de toutes les personnes à l'accès aux services des soins de santé ce sera complexe et difficile et cela pourrait amener avec lui le potentiel de tensions et de conflits. Cependant, en répondant aux besoins de soins de santé individuels, dans le mandat et les ressources disponibles, cela conduira à des résultats améliorés à l'ensemble des patients.</p>
Limites de l'étude	► Pas de limites exprimées
Intérêt pour mon travail de bachelor	► Types de difficultés pouvant être rencontrées dans une relation soignant-soigné avec un patient de culture islamique. Incidences sur entre autre leur pratique religieuse ainsi que des possibilités de soins.

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 8

Critères d'analyse	Notes / commentaires
<p>Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ?</p> <p>Mes attentes :</p> <p>Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?</p>	<p>► Des connaissances sur le sujet, dans ce cas quelles valeurs interviennent dans une relation interculturelle et en quoi elles influencent cette dernière, ici il s'agit de patient d'origine philippine.</p>
<p>De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ?</p> <p>Source primaire (article de recherche)</p> <p>Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)</p> <p>De quelle source documentaire est tiré l'article ?</p> <p>Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?</p>	<p>► Recherche qualitative</p> <p>► <i>Journal of nursing scholarship</i></p> <p>► Pubmed</p>

Année de publication	<p>► 2004</p>
<p>Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation</p>	<p>► <i>Pasco AC</i> : chercheuse associée, faculté des sciences infirmières. ► <i>Morse JM</i> : professeur, faculté des sciences infirmières et directrice scientifique, institut national pour l'approche qualitative. ► <i>Olson JK</i> : professeur et doyenne adjointe, services supérieurs, faculté des sciences infirmières. ► Tous à l'Université de l'Alberta, Edmonton, Canada.</p>
Titre / Mots-clés importants	<p>► Cross-Cultural relationships between Nurses and Filipino Canadian Patients= Les relations interculturelles entre les infirmières et les patients canadiens philippins. ► Mots clés: Soins aux patients canadiens philippins, l'interaction infirmière-patient, la relation infirmière-patient, la confiance.</p>
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	<p>► Recherche faisant état des valeurs se jouant dans la relation, parle de l'influence qu'une culture peut avoir sur cette dernière.</p>
<p>Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?</p>	<p>Objectif: Décrire les valeurs inscrites dans la culture, qui guident implicitement les interactions de patients canadiens philippins avec des infirmières du Canada et font partie intégrante des relations infirmière-patient. Conception et méthodes: Une ethnographie centrée a été menée auprès d'un échantillon résolu de 23 Canadiens philippins ayant reçu des soins dans les hôpitaux canadiens. Les données comprenaient des entrevues/entretiens, des notes de terrain, et un journal. Résultats: Lors de la réception de soins, les patients ont délimités hindi ibang tao (l'un de nous) et ibang tao (pas un de nous), ce qui détermine leur préférence pour ceux qui accomplissaient des tâches personnelles et privées ou dont ils ont reçu des informations. L'urgence de la condition du patient, l'intimité nécessaire pour la plupart des procédures de soins infirmiers, et de courtes hospitalisations ont signifié que les patients ont souvent interagit sans progresser par les niveaux culturels de pakikitungo (formalité), pakikibagay (l'adaptabilité), et pakikisama (l'acceptation). Au contraire, la crise d'être hospitalisé force les patients de passer immédiatement vers le niveau culturel de pakikipagpalagayang-Loob (confort mutuel) ou pakikiisa (l'unité). La volonté des patients de</p>

	<p>faire confiance et de partager leur vision kapwa du monde orientée dans le rapport avec d'autres êtres humains, et l'utilisation de leurs langages de mots, du regard, du toucher, et de l'alimentation, a permis aux infirmières de devenir hindi ibang tao (l'un de nous). Les rôles des prestations de soins et l'établissement des relations ont aussi été distingué de hindi ibang tao (l'un de nous) étant de Bantay (surveillance avec vigilance) le patient, alors que ibang tao (pas l'un de nous) n'est pas attendu d'Alaga (soins pour) eux (à savoir, fournir des soins professionnels).</p> <p>Conclusions: Communiquer et soigner efficacement exigent la compréhension des mots des langages, du regard, du toucher, de l'alimentation et du niveau d'interaction des canadiens philippins. Les relations infirmière-patient culturellement sécuritaire/sûres peuvent alors se développer.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<p>► Canada. Il s'agit d'une société multiculturelle.</p> <p>► Recensement de 2001→environ 327.550 Canadiens philippins vivant au Canada dont 14.170 résidant dans l'Ouest de la ville où cette étude a été réalisée.</p> <p>► Des Canadiens philippins travaillent dans des hôpitaux de cette ville, mais la plupart des soins infirmiers sont dispensés par des infirmières non-philippines.</p> <p>► L'information fait défaut.</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► Les Philippins font partie d'un groupe culturel diversifié avec des influences culturelles et raciales provenant de Malaisie, Indonésie, Chine, l'est de l'Inde, l'Espagne, l'Amérique et le Japon.</p> <p>► Les approches transculturelles sont une préoccupation majeure dans la guidance des soins infirmiers multiculturels.</p> <p>► La littérature de soins infirmiers se réfère à la compétence culturelle (...).</p> <p>► Les règles définies de comportements culturellement et socialement appropriés se manifestent sous des formes d'adresse/de manières de s'adresser, deux grandes catégories: (a) <i>ibang tao</i> >«pas l'un de nous, » et <i>Hindi ibang tao</i> > l'un de nous "avec des niveaux de <i>pakikipagpalagayang-Loob</i> (confiance mutuelle) et <i>pakikiisa</i> (...).</p> <p>► La préoccupation des autres et le maintien en douceur des relations interpersonnelles restent principal aux Philippins résidant aux Etats-Unis, le <i>hindi ibang tao</i> et <i>ibang tao</i> la délinéation et ces niveaux d'interaction n'ont pas été explorées</p>

<p>Buts de l'étude</p> <p>Question(s) de recherche</p>	<p>en profondeur dans la littérature dite transculturelle ou dans le cadre de la prestation de soins.</p> <p>► Identifier les valeurs inscrites dans la culture, qui ont implicitement guidé les interactions des patients canadiens philippins dans le développement de relations infirmière-patient. (descriptions des diverses réponses des patients aux soins infirmiers, les caractéristiques des cinq niveaux d'interactions des patients canadiens philippins-infirmières)</p> <p>► Pas de question de recherche précise. ► «grand tour» à la question de demander aux participants d'indiquer au chercheur leur expérience à l'hôpital. Les questions de sondage ont été invitées à être développées sur des sujets spécifiques.</p>
<p>Méthode utilisée</p> <p>Population étudiée, caractéristiques</p> <p>Processus et outils de recueil des données</p>	<p>► La focalisation sur l'ethnographie visant à obtenir des perspectives de soins infirmiers pour les patients canadiens philippins. ► Des enquêtes/interviews ethnographiques ont été menées</p> <p>► Echantillonnage résolu de 23 patients canadiens philippins qui ont reçu des soins dans les hôpitaux canadiens pour des raisons diverses. (soins obstétricaux, des problèmes cardiaques, et des problèmes médicaux et chirurgicaux généraux). ► Hospitalisation de 3 jours à 2 mois. ► Hospitalisés une seule fois, ceux avec plusieurs admissions ont également évoqué les expériences passées. ► 13 femmes et 11 hommes; l'âge→33 à 86 ans, durée de résidence au Canada→5 à 40 ans.</p> <p>► Techniques de collecte de données ethnographiques→entrevues/interviews, les notes de terrain, et un journal intime/personnel. ► Entretiens face-à-face non structurés en faisant un «grand tour» à la question de demander aux participants d'indiquer au chercheur leur expérience à l'hôpital. ► Les questions de sondage ont été développées sur des sujets spécifiques. ► Les entrevues de suivi ont été plus structurées avec des questions de validation et d'extension de notes analytiques. ► Utilisation des deux langues.</p>

Processus et outils d'analyse des données	<p>► Interviews→transcrites et traduites en anglais.</p> <p>► L'analyse a révélé des catégories initiales de données et une direction pour des entrevues subséquentes.</p> <p>► Les catégories ont indiquées des types de relations infirmière-patient, des niveaux d'interaction, et un modèle décrivant les types de relations développés.</p>
Résultats de l'étude	<p>► Résultats : ils reflètent la vision du monde personnaliste des Philippins. Les valeurs dans leurs interactions sociales sont évidentes, ... même après la migration, la famille demeure l'unité de base. ► Structure sociale centrée sur la famille a déterminé qui était <i>hindi ibang tao</i> (l'un de nous) et <i>ibang tao</i> (pas l'un de nous).</p> <p>► Pourtant, leur vision du monde orientée <i>kapwa</i> et leur volonté de faire/d'avoir confiance, après une période d'essai, leur ont permis d'intégrer ceux qui ont été <i>ibang Tao</i> ou <i>hindi ibang Tao</i>. <i>Kapwa</i>=valeur fondamentale soit la façon dont ils se rapportent aux autres êtres humains de leur «être» ou <i>pakikipagkapwa-tao</i>. ► Les patients canadiens philippins ne divulgueront pas facilement leurs besoins /demandes s'ils ne considèrent pas l'infirmière = <i>hindi ibang tao</i>. ► <u>Expériences des participants canadiens philippins</u> Traits culturels de dissimulation et de modestie, attentes que l'infirmière passera du temps "social" avec le patient, et attentes de la communication par les membres de la famille exigent une sensibilité culturelle dans les soins aux patients canadiens philippins.</p> <p>► Dissimulation. Les patients sont réticents, dissimulant émotions et besoins personnels aux personnes considérées <i>ibang tao</i>. Car cela les mettraient en position de faiblesse ou vulnérable. Les patients ont éventuellement verbalisé leur plainte et leurs sentiments à celui qui était <i>hindi ibang tao</i>, attendant de cette personne d'intercéder avec le personnel en leur nom. Ce processus d'intercéder est facilité par un membre respecté et éprouvé de la famille. Caractéristique culturelle du fait de dissimuler→aussi pour les demandes de besoins et de soins généraux. Sentiments de maintien de la détresse à soi-même → développement ou prouver son <i>Lakas ng Loob</i> (force de caractère) Risque→ : danger pour la vie du patient. ► Le respect de la pudeur. Aux Philippines, la famille est constamment présente, les soins sont «centrés sur le patient.» Familles</p>

	<p>→<i>Bantay</i>= veiller sur le patient et faire les tâches personnelles et privées/on attend des infirmières d'être <i>Alaga</i>=fournir des soins professionnels. Si la famille ne reste pas, cela crée un vide dans la communication et le soin. Le patient devient plus vulnérable. ▶ <u>Les infirmières devenant Hindi Ibang Tao</u> Devenir <i>hindi ibang tao</i> exige que les infirmières comprennent le concept de <i>pakikipagkapwa-tao</i> et partagent une identité et des expériences communes→c'est quand une infirmière identifie avec un patient certains points communs ...</p> <p>Autres stratégies : passer du temps, communication sur les questions, répondre de façon fiable et rapide, langues de la parole, du toucher, du regard, de la nourriture. Lorsque la confiance et l'acceptation ont augmenté, la relation a progressé de niveau en niveau.</p> <p>▶ Passer du temps. L'infirmières doit être au courant par rapport à la quantité et la qualité du temps nécessaire pour construire une relation. Le niveau de confort a augmenté avec la fréquence d'interaction, de la longueur et la qualité du temps passé. La constance</p> <p>de l'interaction permet d'établir des points communs (essentiel pour le processus de <i>pakikipagkapwa-tao</i>=reconnaissance d'une identification ou d'une expérience commune). Les infirmières s'identifiant avec leurs patients et les considérant comme individus uniques→ouverture et communication des sentiments/besoins. ▶ Communiquer à travers les membres de la famille. Au départ l'information est véhiculée par les membres de la famille puis la réponse du patient est passée d'un signe de tête ou de réponse affirmative, finalement ils ont sympathisé et identifié les uns avec les autres. Les interactions à travers les membres de la famille ont continué jusqu'à ce que l'infirmière devienne <i>hindi ibang tao</i>→quand le patient communique directement avec l'infirmière. Si la confiance a été violée la famille reprend son rôle (intermédiaire) ▶ Répondre de manière fiable et rapide. La confiance est testée en continu. Les patients peuvent même se retirer dans le silence, la famille pourrait avoir à intervenir au nom du patient. ▶ Langage des mots. La langue→les expressions faciales, gestes, intonation, volume et expressions familières, sont souvent mal interprétés dans un</p>
--	--

	<p>contexte interculturel. Les stratégies normalement utilisées (blagues...) sont parfois inadaptées. Les patients canadiens philippins décrivent : perte de liberté d'expression, souci des erreurs, interaction=tâche→les difficultés ont inhibé <i>pakikipagkapwa-tao</i>.→s'est développé plus lentement. ▶ Langage du toucher. Le contact humain reflète la façon dont les infirmières considèrent les patients→aime ou n'aime pas.</p> <p>Le contact physique =contact lors des procédures de soins. Les participants philippins avaient des termes différents pour la façon dont ils ont été touchés: <i>haplos</i> était un contact tendre, <i>hipo</i> a été un contact lancinant pour apaiser une douleur... ils ont distingué si le contact était doux ou rugueux et s'il reflète le respect. ▶ Langage du regard. Les Philippins utilisent leurs yeux expressément. En conduisant des évaluations, les infirmières doivent veiller à ne pas regarder de la tête aux pieds cela risque d'être humiliant ou discriminatoire. Il y a une conscience aiguë des expressions en particulier les yeux. L'expression du visage entière est perçue comme un tout. ▶ Langage de la nourriture Il s'agit d'un moyen traditionnel de socialisation aux Philippines, moyen d'accueillir ou d'exprimer sa gratitude. Contexte hospitalier→réciprocité pour les soins. Des aliments typiques sont sélectionnés en fonction de préférences individuelles et le montant de l'estime pour le patient. ▶ Les niveaux des interactions patients canadiens philippins-infirmières La dynamique d'être considéré <i>hindi ibang tao</i> ou <i>ibang tao</i> par un patient et sa famille a changé en fonction des circonstances. <i>hindi ibang tao</i>→au courant des intimités-droits-responsabilités / <i>ibang tao</i> →traités avec des niveaux de formalité-de politesse-évitement de l'expression directe, des sentiments personnels et des désaccords. La courte période d'hospitalisation → les patients canadiens philippins avaient du considérer presque immédiatement le personnel, s'il était soit <i>hindi ibang tao</i> ou <i>ibang tao</i>. ▶ Les niveaux d'interaction dans la relation <i>ibang tao</i> : <i>Pakikitungo</i> (niveau de formalité). Politesse-formalité...Les patients dissimulaient leurs besoins et sentiments/réponses silencieuses et réservées. En raison de peu d'implication émotionnelle, l'interaction sociale était limitée et</p>
--	--

	<p>ils pouvaient même ne pas avoir appris le nom de l'infirmière. Pakikibagay (niveau de réglage/d'adaptabilité). Patients encore réticents à exprimer leurs besoins et sentiments, ils ont dépendu uniquement des membres de la famille Pakikisama (niveau d'acceptation/s'entendre avec). Relation réalisable. Patients veulent "aller de pair avec", ils commencent à révéler leurs besoins à travers la famille, mais les sentiments sont toujours cachés. Pakikipagpalagayang-Loob (niveau de confort mutuel). Potentiel de la relation a commencé à se réaliser. La volonté d'un patient à avoir confiance et à partager la vision du monde <i>kapwa</i> était évidente, commencent à exprimer accord et désaccord-leurs besoins-vrais sentiments. l'infirmière = <i>l'hindi ibang tao</i>. Pakikiisa (niveau de l'unité). Interaction la plus intime. Ils sont pleinement engagés : l'infirmière est capable d'anticiper les besoins et sentiments / Le patient a confiance en l'infirmière. Les objectifs de soins communs-soins efficaces et sécuritaires. L'intimité a été obtenue rapidement sans passer à travers tous les niveaux d'interaction. L'intensité de l'interaction a aussi varié. Le modèle ne s'applique que pour les interactions entre une infirmière et un patient. Les infirmières ne sont pas interchangeables.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	<p>► Voir page 158.</p>
Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude	<p>► La culture de soins infirmiers sensibles requiert une compréhension des interactions infirmière-patient et la signification de la création d'intimité pour atteindre les objectifs des soins infirmiers et des soins culturellement sécuritaires. ► Le modèle d'interaction et d'établissement des relations est similaire dans toutes les interactions mais dans ce cas les modes d'interaction sont culturellement spécifiques. ► Négliger ces facteurs risque d'entraver les soins et d'exacerber les expériences négatives provoquant du stress supplémentaire ► Le modèle des relations patients canadiens philippins-infirmière n'est pas linéaire, il peut être stoppé à tout moment (échec de répondre de manière appropriée...) ► L'intensité de l'interaction peut varier et se produit individuellement avec chaque infirmière→changements de quart, affectations des patients, pauses, absences, tout cela</p>

	<p>interfère les relations. ▶ La structure et la politique des hôpitaux interfèrent ces relations culturelles. Les obstacles identifiés ont augmenté le nombre de cas qui n'ont pas permis aux infirmières d'avoir du temps pour les rituels conversationnels nécessaires pour développer des relations... ▶ Les infirmières, découragées car pas le temps pour des interactions préliminaires, à l'extérieur des limites des soins aux patients. ▶ La politique exige que les infirmières n'acceptent pas de cadeaux alors qu'ils sont fondamentaux pour l'interaction sociale philippine. ▶ Les infirmières comprennent et sont prêtes à participer personnellement et à répondre aux langages philippins. L'interaction nécessaire pour établir une relation en profondeur pourrait être inhibée.</p> <p>▶ Les infirmières et les professionnels de santé doivent comprendre le langage des mots canadiens philippins, le regard, le toucher, et la nourriture. ▶ L'ouverture du patient et la communication sont plus facile avec l'augmentation de la fréquence des visites et la longueur et la qualité du temps passé ... ▶ Les patients canadiens philippins considèrent la révélation de soi comme une indication de l'identification avec qui ils sont et ce qu'ils ont vécu (<i>pakikipagkawa-tao</i>).</p>
Perspectives de l'étude	<p>▶ Nécessité pour les infirmières d'apprendre quand il est approprié de parler directement avec les patients canadiens philippins et quand il est préférable de communiquer indirectement par l'intermédiaire de membres de la famille.</p> <p>▶ Comprendre les normes culturelles des patients est une composante intégrante de la responsabilité éthique et professionnelle de l'infirmière.</p>
Limites de l'étude	▶ Pas de limites exprimées
Intérêt pour mon travail de bachelor	▶ Article de recherche parlant d'expériences de soignants et patients dans la relation, des valeurs (culture philippine) qui interviennent dans la relation soignant-soigné, d'éventuelles difficultés qui peuvent intervenir lorsqu'il s'agit d'une relation interculturelle, parle également de différents niveaux d'interactions se réalisant dans la relation.

Pakikipagkapwa-tao
Type de relations infirmière-patient

	<i>Ibang tao</i> Pas l'un d'entre nous		<i>Hindi ibang tao</i> l'un d'entre nous	
	Niveaux d'interactions infirmière-patient (a)			
Pakikitungo Niveau de formalités	Pakikibagay Niveau d'adaptabilité	Pakikisama Niveau d'acceptation S'entendre avec	Pakikipagpalagayang-loob Niveau du confort mutuel	
Pakikiisa** (b) Niveau d'unité				
Polite, formelle autres Peut être cordiale <----->	Peut incliner la tête ou dire « oui » ms pas néces- sairement être d'accord <----->	D'accord et « aller de pair avec » <----->	Sympathique les uns avec les <----->	
-----> caché l'infirmière	caché	articulé par le biais de la famille/parents	articulé directement à	
Identifier les uns avec les autres** <-----> anticiper par les infirmières				
<-----> caché	caché	confié uniquement à la famille/parents	révélé	
<-----> Révélé**				
Testé	conditionnel	d'abord donné	mutuel	
<-----> ----->	<----->	<----->	<----->	
silencieux et réservé	peuvent exprimer leur accord mais pas se soumettre	consentent aux soins et se conforme volon- tairement	se confier à la garde de l'infirmière	
complet** <----->				
patient et infirmière partagent les mêmes objectifs de soins				

(a) le concept de patient chez les Philippins signifie toute la famille, y compris la famille élargie.

(b) Santiago (1976) marque cette catégorie "niveau d'unité"

■ Grille 9

Critères d'analyse	Notes / commentaires
<p>Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ?</p> <p>Mes attentes :</p> <p>Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?</p>	<p>► Des connaissances sur le sujet et une confirmation de mes idées.</p> <p>► Avoir d'autres retours d'expériences d'infirmières, retours de leurs valeurs, des difficultés pouvant notamment émerger dans une relation interculturelle...Y-a-t-il des inégalités ?...</p>
<p>De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ?</p> <p>Source primaire (article de recherche)</p> <p>Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)</p> <p>De quelle source documentaire est tiré l'article ?</p> <p>Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?</p> <p>Année de publication</p>	<p>► Etude qualitative</p> <p>► <i>Nursing Inquiry</i></p> <p>► Pubmed</p> <p>► 2006</p>
<p>Auteurs de l'article :</p> <p>Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation</p>	<p>► Dr Vydelingum V.</p> <p>Institut européen de la Santé et des Sciences Médicales, Université de Surrey, Guildford, Royaume-Uni.</p>
<p>Titre / Mots-clés importants</p> <p>Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis</p>	<p>► Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England= Les expériences de soins d'Infirmières soignant des patients de minorité ethnique d'Asie du Sud dans un hôpital général en Angleterre</p> <p>► Mots clés: la compétence culturelle, l'ethnicité, l'expérience des infirmières, la blancheur.</p> <p>► Expériences d'infirmières dans des relations interculturelles, des valeurs-difficultés-questionnements...sont nommés par rapport aux individus faisant partie de la relation, recherche mettant en évidence des inégalités d'accès et d'offres en soins....</p>
<p>Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ?</p> <p>Intérêt des références bibliographiques ?</p>	<p>La disposition de soins de santé pour des groupes de minorité ethnique au R-U a généralement révélé des inégalités dans l'accès et des offres de soins différencielles. La politique de santé britannique a commencé à aborder de telles questions. Cependant, très peu d'études ont spécifiquement examiné les</p>

	<p>expériences des infirmières s'occupant des patients de minorité ethnique. Ce document se concentre sur les entrevues de groupe cible d'une plus large étude ethnographique, destinées à la description des expériences de soins des infirmières soignant des patients de minorité ethnique dans l'Asie du Sud dans un hôpital général dans le Sud de l'Angleterre. Un échantillon de 43 infirmières de toutes les catégories, de six services de médecine a participé aux groupes cibles : Trois infirmières cheffes, 22 du personnel infirmier et 18 aides soignantes ; 40 participants étaient blancs, un était Africain des Caraïbes et deux étaient Asiatique du sud. L'analyse des données a indiqué huit thèmes : changements dans la prestation de service ; fausse conscience de l'équité ; la connaissance culturelle limitée ; accusation/blâmer de la victime, valorisation de la famille/parents; déni du racisme ; ethnocentrisme, et autorévélation. L'étude a indiqué une bonne réponse de service local des politiques gouvernementales en adressant la lutte de l'inégalité. Cependant, il y avait une tendance à soigner/traiter tous les patients ethniques minoritaires de la même manière, avec l'évidence de pratiques ethnocentriques, des approches blâmant la victime et une pauvre compétence culturelle dans le personnel soignant, qui soulèvent des questions au sujet de la disposition de la qualité du service. L'étude indique que la formation et le développement continu dans le secteur de la compétence culturelle est nécessaire.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires
Contexte de l'étude	<p>► Les minorités ethniques représentent 9% de la population totale du R-U (communautés africaines des Caraïbes et asiatiques du sud...)</p> <p>► Enquêtes →difficultés de communication, la langue, faible adoption et utilisation des services de santé, niveaux bas de satisfaction avec la prestation de service. ► La politique de santé britannique se pose des questions pour s'assurer d'un service sensible à la culture (peu d'études à ce sujet).</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► Très peu d'études au R-U qui examinent spécifiquement les expériences des infirmières blanches s'occupant des patients de minorité ethnique. ► Le besoin de sécurité culturelle et des approches dans l'enseignement de soins</p>

<p>Buts de l'étude</p> <p>Question(s) de recherche</p>	<p>infirmiers qui favorisent l'égalitarisme et le pluralisme sont recommandés</p> <p>► Objectif : décrire l'expérience de soins des infirmières aux patients asiatiques du Sud, dans une direction médicale d'un hôpital général dans le sud de l'Angleterre.</p> <p>► Des questions ouvertes et «incitantes» (...) sur les expériences de soins des infirmières aux patients d'Asie du Sud admis dans leurs services ont été utilisés pour guider la discussion.</p>
<p>Méthode utilisée : Population étudiée, caractéristiques</p> <p>Processus et outils de recueil des données</p> <p>Processus et outils d'analyse des données</p>	<p>► Les 90 infirmières admissibles de toutes les catégories ont été invitées→43 membres de six services ont participé :3 cheffes infirmières, 22 infirmières et 18 aides-soignantes. 40 participants blancs-3 noirs, dont 1 d'origine afro-caribéenne et 2 d'origine sud-asiatique.</p> <p>► La taille était de six à huit, (la plupart environ six membres) de groupe mixte.</p> <p>► Lieu : salle de séminaire, loin du service.</p> <p>► Chercheur= «espion structuré» gardant des notes détaillées sur les indices verbaux et non verbaux. ► Un animateur présent. ► Données recueillies grâce à une combinaison d'entrevues enregistrées sur bande et des notes de terrain. ► Questions ouvertes et «incitantes» sur les expériences des infirmières de soins aux patients d'Asie du Sud admis dans leurs services ont été utilisés pour guider la discussion. (interviews transcrits de manière à préserver la richesse de l'interaction)</p> <p>► L'analyse thématique→processus de réduction des données: étiquetage des données, codes analytiques et identification des thèmes Phrases et paragraphes→codés.</p> <p>► Codes initiaux ont été réduits dans de plus grands codes puis en thèmes. ► Analyse des arguments déviants a été effectuée en faisant attention aux opinions de la minorité.</p> <p>► L'analyse s'est centrée sur la réalité des membres du groupe.</p>
<p>Résultats de l'étude</p>	<p>► Huit thèmes : 1. Les changements de service (Nous faisons de notre mieux)</p> <p>Réponse à une question sur la façon dont ils voyaient la situation actuelle en général, concernant la prise en charge des groupes minoritaires : pour les participants→évolution</p>

	<p>récente de l'hôpital. Changements→ Charte du patient et changements de politique des services. Ex de changement→Menus asiatiques. Les participants ont semblé explorer d'autres moyens d'améliorer la pratique (menu d'Asie-calendrier de fêtes-besoin d'avoir des normes de soins pour les patients asiatiques→besoins religieux-demander aux parents leurs exigences particulières pour ne pas blesser leurs croyances religieuses). L'infirmière cheffe admet un manque de connaissances sur les fêtes/infirmière et aide-soignante suggèrent de nouvelles façons de travailler. Manière d'introduire de nouvelles idées à travers des checklist/standards, initiatives politiques avec la nomination d'un conseiller multiculturelle à la Commission de la santé, introduction de brochures pour les patients dans les langues minoritaires. ▶ 2. Fausse conscience de l'équité (Nous traitons tout le monde la même chose) Tous prennent l'appui solide pour démontrer une dimension de la pratique égalitaire mais tous semblent fonctionner sous une fausse conscience de l'équité→traiter tout le monde de la même manière n'est pas un service individualisé. (<i>« même titre que tout les autres patients »-« il n'y a pas de considérations particulières »...</i>) il s'agit d'équité horizontale au lieu d'aborder l'équité verticale. ▶ 3. Connaissance culturelle limitée (Nous ne les comprenons pas) Déclarations illustrant des vues occidentales répandues sur les attributs et comportements culturels des patients asiatiques du Sud La mauvaise/pauvre connaissance et compréhension des cultures minoritaires aboutit à un manque de compétence culturelle (<i>« Nous ne les comprenons pas »-« ils sont très retenus dans l'expression de leurs problèmes »-« ont une faible tolérance à la douleur »</i>). Des évidences de la faible connaissance culturelle ont été notées dans les notes des observations. Autres exemples d'insensibilité culturelle→manque de compréhension des besoins diététiques des diabétiques asiatiques du Sud-refus des femmes asiatiques à se déshabiller et être examinées par des médecins de sexe masculin,... ▶ 4. Blâmer la victime (Ce n'est pas notre faute) L'animateur a présenté un scénario d'un véritable incident : personnel</p>
--	--

	<p>infirmier et infirmière cheffe ont été défensifs et n'ont proposé aucune condamnation pour de telles pratiques de soins inacceptables. Approche d'«agir blanc», Puzan (2003)-pratiques acceptées et non acceptées:</p> <p>« Un jeune patient asiatique ... décédé ... Sa mère a été appelée pour voir le corps. ... horrifiée de le retrouver dans son lit gisant dans une mare de vomi. ... affligé ...tel état dégoûtant... commentaires du personnel infirmier : comme il était un musulman, ils ne pensaient pas qu'ils étaient autorisés à toucher le corps. «Nous laissons donc le plus souvent la famille avec le corps. » » REACTIONS ></p> <p>« L'infirmière a suivi le guide... »</p> <p>Hypothèses stéréotypées→barrières culturelles menant à l'échec de fournir des soins adaptés/sensibles à la culture. «altérité ethnique», tendance à mettre en évidence les différences ... plutôt que des points communs</p> <p>► 5. Valorisation de la famille/des parents (Ils sont très utiles) Des commentaires n'ayant pas été sollicités mais offert volontairement par une infirmière. (la littérature n'a signalé aucunes déclarations similaires) « ...parents très utile »-« une aubaine »-« Aide-soignante (Asiatique): Les parents ont tendance à venir à moi ... sont très heureux de me voir quand je suis sur le service » Exemples d'autres interviews montrent le contraire avec une image sur des parents comme étant des déviants et une nuisance...perturbent les routines des services en restant plus longtemps dans les salles que les parents des patients blancs. ► 6. Refus/déni du racisme (Nous n'avons pas de racisme ici) Fort déni de l'existence du racisme→dépersonnalisation du racisme. Les participants ont passé de la négation catégorique au racisme étant peut-être plus fréquent chez les plus âgés, ...les déclarations ont clairement montré les stéréotypes négatifs culturelles au sujet des Noirs: « Je ne pense pas qu'il y est du racisme à notre niveau »-« Je ne pense pas que c'est du racisme »-« Je pense qu'il ya plus de racisme chez les plus âgés »-« J'ai peur des indiens de l'ouest vraiment, ils sont différents de leurs postures et leurs rythmes et leur façon de marcher » ...= «parler blanc»→stratégie négative pour contourner leur propre rôle dans la perpétuation du racisme... ► 7. L'ethnocentrisme (Ce n'est</p>
--	--

	<p>pas rationnel ce qu'ils croient) ...Malentendu au sujet de différentes pratiques religieuses et culturelles ainsi que la force de l'utilisation d'une vision culturelle dominante dans l'interprétation d'autres cultures: « Certaines religions...ont certaines règles sur les noms, l'hygiène, le jeûne et les autres pratiques religieuses »-« sur le don de sang ou de transfusion et les rituels de la mort...»-« entendu dire que les hindous et les musulmans sont opposés aux autopsies »-« Les hindous croient en la réincarnation ...crainte que si le corps est soit incinéré ou enterré sans tous les organes, cela pourrait affecter la réincarnation de l'esprit » > intervention > « <i>Mais c'est ridicule</i> » ...→préjugés culturels-malentendus-conversations de couleurs / culture-aveugle→le pouvoir blanc inhérent est de définir d'autres croyances et pratiques comme irrationnelles et manquant de valeur. ▶ 8. La révélation de soi (je sais comment ils se sentent) Certains participants ont révélé des détails personnels et des expériences négatives au sujet de leurs propres croyances.→révèlent un niveau élevé de sensibilité→ manque de facilités linguistiques et difficulté d'apprendre une nouvelle langue. « Je suis d'une religion chrétienne minoritaire et je peux vous assurer que certaines croyances et principes sont centraux et ne sont pas négociables (les transplantations d'organes et la transfusion sanguine)... »-« Je peux comprendre les problèmes de racisme... moi-même irlandais et ayant vécu dans le Midlands avec une forte population asiatique...pourquoi certains membres du personnel n'acceptent pas que cela existe »-« pas facile d'apprendre une langue étrangère...vécu en Allemagne pendant trois ans et je n'ai pas beaucoup appris l'allemand non plus »</p> <p>▶ Les résultats montrent également les processus interactifs, qui informent la réalité de l'expérience des infirmiers au chevet patients asiatiques du Sud.</p>
Tableaux et figures présentant les résultats	Pas de tableaux
Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude	<p>▶ <u>Thème 1</u> indique des changements positifs→réponse positive des services locaux aux politiques du gouvernement mais les initiatives de changement politique sont en</p>

	<p>contradiction avec les connaissances réelles des participants et les compréhensions des besoins culturels. Demande de listes de contrôle (normes religieuses et culturelles et pratiques) a été populaire Ces guides ne remplacent pas leur propre compréhension... leur utilisation se prêtent à l'«altérité ethnique» où les différences sont mises en évidence et l'accent est donné à l'unique→blâmer la victime. ▶Thème 2→consensus→en traitant chacun de la même manière (infirmières>pas discriminatoires+justes) >équité horizontale et peut apparaître égalitaire. Pour traiter tout le monde de la même manière quand ils sont très différents peut être de traiter certains inégalement. Traiter les patients asiatiques du Sud comme les Blancs, plutôt que la prise en compte des différences individuelles fait l'effet de camoufler le racisme De nombreux utilisateurs de services des minorités ethniques éprouvent toujours des expériences de formes d'exclusion. La stratégie de traiter chacun de la même manière est nier l'existence de différences culturelles et donc une fausse conscience de l'équité→«agir blanc» fait ignorer,...l'intégrité des individus ▶Thème 3</p> <p>Manque de compétence culturelle provoque de graves conséquences pour les soins→illustré dans la mauvaise/pauvre compréhension des traits culturels ce qui amène à des difficultés de communication et interfère l'évaluation des besoins et des approches de traitement inexactes et insensibles, ce qui induit l'aggravation de l'insatisfaction des patients. Domination de la culture blanche→atteintes ordinaires de la vie privée et mépris/indifférence pour les rituels ethniques personnels. ▶Thème 4, Laisser les parents traiter avec des aspects de soins religieux et culturels peut indiquer la sensibilité mais peut conduire à la marginalisation de la culture. Aucun débat offert des participants (laissant un patient récemment décédé gisant dans une mare de vomis) L'absence d'une réponse critique→réaction à des connotations négatives inhérentes au scénario. Les guides de directives induisent une dépendance et poussent à marginaliser les groupes. Il s'agit d'une forme d'oppression et de renforcement des stéréotypes négatifs→Approches réductionnistes permettant aux infirmières de</p>
--	---

<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>voir des patients...comme une série de «faire» et «à ne pas faire». La demande des infirmières et infirmiers pour les listes de contrôle a abouti à une «altérité ethnique» Ces guides ne peuvent se substituer à une compréhension appropriée des cultures. Une compréhension appropriée est la reconnaissance de «soi» soulignant les points communs plutôt que des différences. ► <u>Thème 5</u> Valorisation des patients et des parents asiatiques du Sud n'a pas été trouvée dans la littérature. Le modèle d'interaction pourrait avoir été influencé par la présence de l'assistante de soins de l'Asie du Sud. ► <u>Thème 6</u> Tendance à contourner, le mot « racisme». Racisme=connotation de haine et des pratiques discriminatoires Refus/déni du racisme→déficit majeur dans la disposition de services-doit être un espace pour de nouvelles recherches. Nier existence du racisme donne l'impression l'admettre/de le tolérer. L'institution exerce un pouvoir. Certaines énonciations d'infirmières au sujet de la non-existence d'un racisme institutionnel sont également un pouvoir. ► <u>Thème 7</u> Tendance à considérer les autres d'une vue culturelle dominante et ne pas accepter ou estimer des différences culturelles, les normes et les pratiques des autres→questions sur les relations de pouvoir inégales. Opinions et attitudes ethnocentriques exprimées par certains→nuances racistes, tendance à placer la culture occidentale comme supérieure et situé la culture des patients de l'Asie du Sud comme des êtres inférieurs, bizarres et irrationnels. Réticence de certains participants d'accepter les croyances et pratiques religieuses de leurs patients, ce qui pose des questions sur les compétences culturelles et la capacité à appliquer le cœur des principes de soins infirmiers (code de pratique). ► <u>Thème 8</u> Réflexions divulguent la façon dont certains participants ont des analogies avec leur propre religion.</p> <p>> Les résultats reflètent les perspectives du groupe et représentent des manifestations des formes culturelles et morales de ce groupe. Les conclusions ne sont pas généralisables mais elles pointent vers les implications plus larges pour la pratique.</p> <p>La compétence culturelle : Formation à l'évaluation culturelle dans le cadre de la formation. Evaluations de la culture. Une</p>
--------------------------------	---

	<p>éducation culturelle transformable (TCE) =Processus qui influe sur les attitudes, les connaissances, les comportements et les sentiments de la propre culture de l'apprenant ou du praticien.>hypothèse d'un pouvoir partagé entre les membres de cultures égales mais différentes et reconnaît un apprentissage et une création conjoints. La politique gouvernementale : Le ministère de la Santé recommande que la santé minoritaire ethnique soit intégrée dans la prestation des soins de santé au grand public Mise en place : leadership/direction, liaison et maintien du changement durable. De plus grands efforts doivent être faits par des praticiens et des éducateurs vers le perfectionnement /développement personnel et la formation pour adresser la compétence culturelle et pour améliorer une pratique antidiscriminatoire.</p>
Limites de l'étude	Pas de limites clairement exprimées
Intérêt pour mon travail de bachelor	<p>► Discussion sur les valeurs-croyances du personnel soignant et des patients. Différents thèmes choisis et nommés pour expliquer ce qui se joue dans la relation. Des inégalités sont nommées et donc les difficultés pouvant intervenir dans une relation soignant-soigné interculturelle...entre autre le racisme...</p>

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

■ Grille 10

Critères d'analyse	Notes / commentaires
<p>Qu'est-ce que je recherche dans l'article ou la documentation lue ? Mes attentes : Une confirmation de mes idées, des connaissances sur le thème, une méthode et des outils de recherche, des références bibliographiques, etc. ?</p>	<p>► Nouvelles connaissances et confirmation de mes idées par rapport aux influences que l'origine interculturelle peut avoir sur la relation soignant-soigné.</p>
<p>De quel type d'article ou de quelle documentation s'agit-il ? Source primaire (article de recherche) Source secondaire (article de vulgarisation, commentaire, revue de littérature, autre ?)</p>	<p>► Recherche qualitative</p>

De quelle source documentaire est tiré l'article ?	► <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i>
Banque de données, revue professionnelle spécialisée, autre ?	► Pubmed
Année de publication	► 2006
Auteurs de l'article : Champ d'expertise, personne de référence dans le domaine, insertion professionnelle ou niveau de formation	► <u>Richardson A(a)</u> , <u>Thomas VN(b)</u> , <u>Richardson A.(c)</u> ► Champ d'action pas clairement décrit (a). Florence Nightingale École des sciences infirmières et de sages-femmes, King's College de Londres, Royaume-Uni (b). Département d'hématologie, Hôpital St Thomas, Royaume-Uni (c). Royaume-Uni
Titre / Mots-clés importants	► "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups ="Réduit à des signes de tête et des sourires": les expériences de professionnels dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer des groupes de minorités noires et ethniques. ► Mots clés : Les minorités noires et ethniques; points de vue professionnels, communication, services de cancérologie.
Pertinence de l'article pour mon thème de MFE, niveau de spécialisation, accès en rapport à mes acquis	► Article pertinent car parle de diverses influences que peut avoir une origine culturelle différente entre patient et soignant, quelles difficultés peuvent apparaître du côté soignant et soigné. Voir également encadré « intérêt pour mon travail de Bachelor ».
Que dit le résumé ? Quels sont les points importants de l'article ? Intérêt des références bibliographiques ?	En dépit de recherches croissantes au Royaume-Uni suggérant que les patients appartenant à des minorités noires et ethniques estiment qu'ils ne reçoivent pas toujours le meilleur traitement et soin, on en sait peu sur la façon dont les professionnels de soins eux-mêmes répondent au travail avec ce groupe. L'étude, impliquant des groupes de discussion avec du personnel de soin et social, a été entreprise pour connaître leurs avis et expériences. Le principal résultat a été la mesure à laquelle le personnel éprouve des difficultés dans les soins aux patients des groupes de minorités noires et ethniques. En entraînant des défis sérieux à leur propre pratique professionnelle, ceux-ci ont été

	<p>trouvés pour surgir à tous les stades de l'expérience d'un cancer des patients, y compris au moment du diagnostic, pendant le traitement et à la phase palliative. Le personnel était préoccupé par leur incapacité à communiquer avec certains patients signifiant qu'il n'était pas en mesure de leur fournir un bon service, comme ils ne pouvaient pas développer une relation simple et parler autour de questions. Pourtant, il pourrait être difficile de travailler avec des interprètes, ainsi que les membres de la famille, les deux qui pourraient être réticents à traduire les informations importantes. Ils étaient également conscients de ne pas être pleinement sensibles aux différentes cultures des patients, tout en notant l'importance de ne pas faire d'hypothèses/préjugés sur les croyances ou comportements particuliers. Le personnel souhaiterait avoir une formation pour les aider à explorer les attitudes et les hypothèses de travail avec les patients des minorités noires et ethniques, mais n'a pas cherché d'induction dans les pratiques détaillées des différentes cultures. Certains membres du personnel estiment vouloir bénéficier d'une formation dans le travail avec les interprètes.</p>
Analyse détaillée du contenu	Notes / commentaires

Contexte de l'étude	<p>► Recherche faite au Royaume-Uni. Recherche financée par Le Macmillan Secours/humanitaire Cancer (MCR), ce dernier a également entrepris le recrutement.</p> <p>► Expérience couvrant chaque stade d'une personne atteinte d'un cancer avec des questions liées à la communication, la culture et le racisme potentiel, avec une attention aux besoins perçus en matière de formation ou de soutien.</p>
Etat actuel des connaissances sur la thématique / Cadre théorique utilisé	<p>► Patients minoritaires noirs et ethniques qui ont un cancer éprouvent souvent des difficultés avec leurs soins il en découle un certain nombre de causes (problèmes de communication, manque de sensibilité, préjugés raciaux).</p> <p>► Taille de la population des minorités ethniques→7,9% de la population totale du R-U.</p> <p>► Peu de recherches existes.</p> <p>► Une première revue de la littérature met en lumière des barrières linguistiques et des préjugés raciaux conscients et inconscients qui ont empêché des soins de qualité.</p>
Buts de l'étude	<p>► Pas de but clairement exprimé : « Cette étude est née d'une préoccupation pour explorer plus à fond les points de vue des professionnels qui travaillent actuellement dans la santé et des soins sociaux et d'examiner leurs besoins en matière de formation »</p>
Question(s) de recherche	<p>► Pas de question de recherche clairement exprimée.</p>

Méthode utilisée	<p>► 5 groupes de discussion (3 à Londres-1à Birmingham-1 à Manchester)</p> <p>► Recrutement fait par le Macmillan Secours/humanitaire Cancer (MCR), chaque titulaire de poste Macmillan (240 personnes) a reçu une lettre d'invitation, une note de l'équipe de recherche (pas d'accès aux noms), une feuille de réponse aux dates proposées et un formulaire de consentement. ► Pas de critères d'exclusion.</p> <p>► Dates de réunion déterminées par convenance des gens. ► 44 personnes ont répondu positivement, mais n'ont pas toutes assisté. ► Lieux : établissements d'enseignement ou de santé.</p> <p>► Un modérateur expérimenté a facilité les réunions en utilisant également un guide fait par les chercheurs avec des questions liées à la communication, la culture et le racisme potentiel, avec une attention aux besoins perçus en matière de formation ou de soutien.</p>
Population étudiée, caractéristiques	<p>► 28 professionnels qui travaillent avec les patients atteints de cancer→22 infirmières (beaucoup des soins palliatifs), 1 médecin consultant, 2 assistants sociaux, 1 ergothérapeute, 1 agent de protection des droits et 1 travailleur de l'information.</p> <p>► Ils ont pratiquement tous travaillé au sein du NHS dans les hôpitaux, 2 dans le secteur privé, tous comme titulaires de poste Macmillan. Tous, sauf 4 étaient de race blanche.</p>
Processus et outils de recueil des données Processus et outils d'analyse des données	<p>► 5 groupes de discussion, dans différents lieux (Londres-Birmingham-Manchester) dans des établissements d'enseignement ou de santé. ► Discussions enregistrées, transcrites et analysées dans leur intégralité pour les thèmes clés.</p>

Résultats de l'étude	<p>Thèmes : ▶ Langage et parvenir à la compréhension Les difficultés de communication sont bien documentés dans d'autres études: beaucoup de gens ne comprennent pas les informations ou manquent les implications plus subtiles. Cette recherche a exploré les points de vue des professionnels. Les participants étaient préoccupés par l'absence de compréhension des patients, et tenaient à ce qu'ils aient une compréhension complète. Ils ont également été en difficulté lorsque certains patients ne comprenaient pas certains éléments...(sont en fin de vie ou au contraire...). L'évaluation individualisée est donc un moyen d'apprécier la diversité interculturelle (Diver et al. 2003).</p> <p>Certains utilisaient des moyens de communication non-verbaux. Le manque de communication facile a été senti à affecter leur capacité à construire une relation. L'information écrite n'a pas été vue comme une solution satisfaisante. (pas toujours la langue appropriée et certains sont analphabètes).</p> <p>▶ Le processus et les résultats du travail avec des interprètes : Il y a de graves problèmes avec des interprètes génériques. Ils sont parfois inatteignables, ou trop occupé pour venir à l'improviste. Il n'est également pas clair concernant ce qui est dit des interprètes aux patients. Certains sont connus de refuser des messages difficiles ou d'altérer le sens des informations. Ceci a induit des préoccupations considérables car certains patients avaient image inadéquate de leur situation. L'utilisation d'un interprète risque de violer des normes culturelles. Parfois, les patients ne veulent pas des interprètes de leur propre communauté ethnique de peur qu'émergent des commérages. Les participants étaient préoccupés par l'impact du travail des interprètes. Ils éprouvaient de la sympathie pour eux car ces derniers devaient parfois donner des mauvaises nouvelles plus d'une fois par jour. Les interprètes ont pensé ne pas avoir intégré de soutien. Les participants ont eu parfois besoin d'aide de la part d'autres patients ou d'autres personnels hospitaliers, mobilisés pour la langue ceci ayant été considéré comme inadapté. Parfois l'aide de membre de la famille a été utilisé mais ceci a été qualifié de non satisfaisant et injuste. Les</p>
----------------------	---

	<p>relations étaient médiatisées par quelqu'un d'autre. Parfois, les participants incapables de parler aux patients se mettaient à l'abri d'eux par les parents. Les participants étaient très mal à l'aise "de s'associer" avec la famille car cela induisait des normes doubles dans les soins aux patients. Certains sujets abordés étaient complexes et délicat. Les sensibilités culturelles et personnelles peuvent inhiber le fait que le patient reçoive plus de détails de l'état. Importance de tenir compte des normes culturelles. ► Faire face à la différence culturelle à la fois sur un niveau pratique et philosophique : Gérer/traiter les différences culturelles engendrent des difficultés. Anxiété face à de nouvelles façons de faire face à la maladie, la fin de vie... Certains ont essayé d'apprendre les principales questions culturelles, par exemple les rites de deuil,... mais cela est difficile car il y a de nombreux groupes culturels différents et avec des variations en intragroupes. L'importance soulignée de ne pas faire des hypothèses à propos de chaque patient. Les différentes normes culturelles créent des tensions dans les relations avec les patients et les familles. Il y a un risque d'être contraire à ces normes, inconsciemment. Les participants ont été pris entre leur formation (respecter convictions d'une personne) et leur propre sens de ce qui était juste. Ceci a généré des réactions émotionnelles (colère-frustration-tristesse-peur de contrarier). Le personnel est forcé de confronter leurs propres sentiments complexes dans un environnement multiculturel. Il faut défier les hypothèses ou prendre des risques informés... ► Les questions de préjugés raciaux : La plupart était certaine de n'avoir aucun élément de préjugés raciaux par contre un petit nombre a admis se sentir différents envers certains groupes mais espère que cela n'a pas empiété sur leur travail. Résistance interne ressentie par rapport aux attentes à ce que travailler avec eux entraînerait du temps et des efforts supplémentaires ayant comme résultat une mise à disposition de moins de temps pour ces patients. Attribution de ce phénomène à leurs propres insuffisances et manque de soutien craignant qu'un préjudice racial soit perçu. Quelques professionnels ont aimé tous leurs patients et travaillent à une</p>
--	--

<p>Tableaux et figures présentant les résultats</p>	<p>constante lutte pour être conscient de leurs propres préjugés. Le racisme de patients envers le personnel ou d'autres patients était un problème difficile à traiter car il y a nécessité de maintenir la relation. Les patients qui ont expressément demandé une infirmière blanche ont été traités plus directement.</p> <p>► Désir de formation et de soutien/support : Un manque de support et un manque de formation pour répondre à la diversité ethnique, religieuse, et culturelle ont été mis en évidence. Demande d'une meilleure compétence et formation pour les aider à réfléchir sur leurs propres sentiments, attitudes et suppositions. Des informations devraient être fournies au cours de la formation de base et renforcées par des séances de façon intermittente, en encourageant la réflexion régulière sur ces questions. Nécessité d'une formation dans le travail avec les interprètes.</p> <p>Voir page 176.</p>
<p>Discussion des résultats Pertinence, clarté ; articulation avec le cadre théorique et les buts de l'étude</p>	<p>Le principal résultat est le sens de détresse chez les professionnels et une fréquente incapacité à prodiguer de bons soins aux patients des groupes de minorités noires et ethnique. Cela est dû à l'absence d'une langue commune, des différences culturelle et des problèmes occasionnels de racisme. Travailler avec ce groupe est un défi et une tension ou un effort. Des résultats similaires datent d'il y a dix ans, ce qui montre que la formation ne s'est pas améliorée et qu'il n'y a pas de dispositions efficaces en vigueur au R-U pour la formation des professionnels dans le soin transculturel. La pénurie d'interprètes est un problème particulier. Les interprètes actuels ont besoin d'avantage de formation et plus de soutien pour faire face aux situations médicales. Les alternatives : plus d'utilisation d'agents de liaison ou défenseurs de santé bilingues. Il y a peu de travaux empiriques sur les questions/problèmes posés par la communication triadique. Renforcer la capacité des professionnels de santé à travailler efficacement avec ces différents types de travailleurs et veiller à ce que des interprètes compétents ou avocats/défenseurs soient disponibles. La prise de conscience des besoins devrait être incluse dans l'induction du</p>

	<p>personnel et des programmes de formation et que les représentants appartenant à des minorités ethniques devraient être impliqués dans la planification de services locaux. Importance de l'information adaptée aux besoins des personnes de différentes populations ethniques. Dans un récent rapport, sont présentés des projets visant à améliorer l'information et le support/soutien aux minorités Noirs et ethniques→projets d'informations, de groupes de soutien, de travailleurs de liaison, de services d'interprétation et de réseautages pour les travailleurs. La formation de compétence de communication peut avoir un impact très positif pour les personnes concernées. Actuellement, ils sont engagés dans une évaluation des aptitudes de la formation à la communication. La recherche n'a pas documenté l'impact de la difficulté sur les soins de santé mais ces soins doivent être affectés dans certains cas. Elle a montré que les modes de références des médecins sont affectés à la fois par un manque de communication et par des suppositions/préjugés culturelles-s. Implications importantes pour l'égalité d'accès. Cette étude ne pouvait seulement explorer les questions complexes qui se posent pour les infirmières et autres professionnels travaillant avec les patients issus de groupes minoritaires noires et ethniques.</p>
Perspectives de l'étude	<p>► Plus de recherches sont nécessaires pour délimiter les problèmes et explorer des solutions. ► Une plus grande étude est actuellement en cours en rapport avec ces questions et le développement d'un livre ainsi qu'une vidéo. ► La recherche devrait également se préoccuper du lien entre la formation, la compétence perçue et la performance réelle (Diver et al., 2003). ► Des études d'évaluation sont également nécessaires.</p>
Limites de l'étude	<p>► Petit échantillon car la plupart des professionnels ne s'était pas représentée, car il s'agissait uniquement de titulaires de poste Macmillan. Car c'est Macmillan qui a financé l'étude.</p>

Intérêt pour mon travail de bachelor	<p>► Etude parlant des difficultés se rencontrant dans les relations entre le personnel soignant/social et les patients minoritaires noirs et ethniques. Aborde différents thèmes : problème de communication/langage- problème avec interprètes-différence culturelle- manque ou lacune dans la formation-présence de préjugés raciaux...touche ainsi l'influence que l'origine culturelle peut avoir sur la relation soignant-soigné.</p>
--------------------------------------	---

Cours MFE / octobre 2007 / A. Klingshirn et N. Nadot

Encadré 1 guide des sujets du groupe.

Familiarité avec le travail avec les groupes de minorités noires et ethniques: Vue d'ensemble

- Les expériences directes de travail avec des groupes des minorités noires et ethniques

Expériences des participants "en profondeur"

- Questions pour le traitement ou le soin des patients qui se posent aux différents stades du « trajet » du cancer (expériences spécifiques à chaque stade, y compris les problèmes et ce qui a contribué à les réduire)

- Nature des problèmes rencontrés

- Questions spécifiques dans ce domaine

Sources de soutien/support pour les professionnels

- Aide pratique

- Soutien affectif

Education et formation

- éducation et la formation reçue

- bons et mauvais aspects

- Faire face à la gamme de besoins (chaque groupe culturel / religieux a des besoins spécifiques)

Recommandations

- Autres dispositifs de formations

- Support: pratique et émotionnel

- Changements organisationnels: des idées pour le développement des services

- Modifications apportées aux pratiques de travail nécessaires pour mieux identifier les besoins de soins des patients.

8.4 Population résidente selon la nationalité par pays, en 2008

su-f-1.3.1.1.13

Nationalité	Etat au 31 décembre
	2008
Total	7 795 750
Suisses	6 032 141
Etrangers	1 763 609
Europe	1 501 322
Afrique	71 026
Amérique	72 906
Amérique du Nord	26 073
Amérique latine	46 833
Asie	113 065
Océanie	4 071
Apatrides / Inconnue	1 219
UE-27 / AELE	1 080 672
Etats tiers (pays non membres de l'UE-27/AELE)	682 937
UE-17	1 035 768
UE-8	33 677
UE-2 (dès 2007)	7 422
AELE	3 805
Autres pays de l'Europe (non UE-27/AELE)	420 650
Pays hors Europe (sans apatride/inconnue)	261 068
Belgique	10 789
Bulgarie	2 611
République tchèque	5 113
Danemark	4 251
Allemagne	251 527
Estonie	355
Irlande	2 713

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Grèce	6 422
Espagne	65 774
France	90 004
Italie	295 066
Chypre	157
Lettonie	1 093
Lituanie	764
Luxembourg	1 222
Hongrie	6 095
Malte	141
Pays-Bas	18 926
Autriche	37 282
Pologne	11 476
Portugal	205 545
Roumanie	4 811
Slovénie	2 468
Slovaquie	6 313
Finlande	3 277
Suède	7 636
Royaume-Uni	35 036
Islande	176
Liechtenstein	1 709
Norvège	1 920
Serbie-et-Monténégro 2)	191 655
Croatie	36 393
Bosnie et Herzégovine	39 330
Macédoine	60 204
Ex-Yougoslavie 3)	0
Turquie	74 147
Albanie	1 351
Andorre	14

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Monaco	15
Saint-Marin	23
Cité du Vatican	4
Ex-Tchécoslovaquie 3)	0
Moldova	806
Russie	10 598
Ukraine	5 182
Bélarus	928
Ex-Union soviétique 3)	0
Afrique de l'Est	20 715
Burundi	357
Comores	15
Djibouti	17
Erythrée	6 350
Ethiopie	2 648
Kenya	1 503
Madagascar	573
Malawi	44
Maurice	908
Mozambique	114
Rwanda	577
Seychelles	65
Somalie	6 413
Tanzanie	287
Ouganda	390
Zambie	128
Zimbabwe	326
Afrique centrale	15 394
Angola	4 502
Cameroun	4 360
République centrafricaine	47

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Tchad	132
Congo (Brazzaville)	546
Congo (Kinshasa)	5 687
Guinée équatoriale	18
Gabon	95
Sao Tomé-et-Principe	7
Afrique du Nord	20 749
Algérie	3 957
Egypte	1 967
Libye	842
Maroc	7 225
Soudan	673
Tunisie	6 067
Sahara occidental	18
Afrique australe	1 786
Botswana	32
Lesotho	24
Namibie	40
Afrique du Sud	1 666
Swaziland	24
Afrique de l'Ouest	12 382
Bénin	328
Burkina Faso	414
Cap-Vert	954
Côte d'Ivoire	1 691
Gambie	587
Ghana	1 408
Guinée-Bissau	129
Guinée	919
Libéria	166
Mali	237

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Mauritanie	94
Niger	112
Nigéria	2 633
Sénégal	1 269
Sierra Leone	215
Togo	1 226
Canada	6 927
Etats-Unis	19 146
Caraïbes	8 781
Bahamas	27
Barbade	29
République dominicaine	5 909
Haiti	497
Jamaïque	370
Cuba	1 736
Trinité-et-Tobago	108
Dominique	30
Grenade	9
Antigua-et-Barbuda	26
Sainte-Lucie	20
Saint-Vincent-et-les Grenadines	3
Saint-Kitts-et-Nevis	17
Amérique centrale	3 846
Costa Rica	320
El Salvador	197
Guatemala	233
Belize	14
Honduras	194
Mexique	2 447
Nicaragua	181
Panama	260

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Amérique du Sud	34 206
Argentine	1 840
Bolivie	1 272
Brésil	16 229
Chili	3 562
Equateur	2 036
Guyana	26
Colombie	4 095
Paraguay	290
Pérou	3 224
Suriname	14
Uruguay	460
Venezuela	1 158
Asie de l'Est	17 498
Chine (Taiwan)	614
Chine	9 077
Hong Kong (Chine)	0
Tibet (Chine)	518
Japon	4 559
Mongolie	648
Corée (Nord)	84
Corée (Sud)	1 998
Asie du Sud-Est	23 167
Brunéi Darussalam	23
Cambodge	936
Indonésie	1 564
Laos	302
Malaisie	1 298
Myanmar	113
Philippines	4 945
Singapour	677

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Thaïlande	8 838
Vietnam	4 470
Timor-Leste	1
Asie du Sud	54 232
Afghanistan	3 195
Bangladesh	1 417
Bhoutan	57
Inde	11 189
Iran	4 026
Maldives	39
Népal	401
Pakistan	2 743
Sri Lanka	31 165
Asie centrale	1 314
Kazakhstan	621
Kirghizistan	208
Tadjikistan	47
Turkménistan	38
Ouzbékistan	400
Asie de l'Ouest	16 854
Bahreïn	32
Irak	7 968
Israël	1 320
Yémen	369
Jordanie	445
Qatar	37
Koweït	118
Liban	2 190
Oman	44
Emirats arabes unis	43
Arabie saoudite	500

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Syrie	1 976
Palestine	182
Arménie	562
Azerbaïdjan	348
Géorgie	720
Australie et Nouvelle-Zélande	4 015
Australie	3 130
Nouvelle-Zélande	885
Mélanésie	37
Iles Fidji	27
Vanuatu	3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	6
Iles Salomon	1
Micronésie	1
Nauru	0
Kiribati	0
Iles Marshall	1
Etats fédérés de Micronésie	0
Palaos	0
Polynésie	18
Tonga	12
Samoa	6
Tuvalu	0
Apatrides	133
Sans nationalité (état non reconnu)	163
Inconnue	923
Europe du Nord	17 260
Europe de l'Est	19 726
Europe Centrale	319 515
Europe de l'Ouest	158 705

Brodard Caroline
3^{ème} Bachelor 07

Sud-Ouest de l'Europe	271 333
Europe du Sud	375960
Sud-Est de l'Europe	338823

1) Données révisées (1995-2007)

2) Statistiquement, la répartition des nouveaux états ne peut pas encore être effectuée.

3) La nationalité est conservée à titre historique.

Source: ESPOP, PETRA

Renseignements: Centre
d'information, section Démographie
et migration, 032 713 67 11,
info.dem@bfs.admin.ch

© OFS - La population étrangère en Suisse

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>